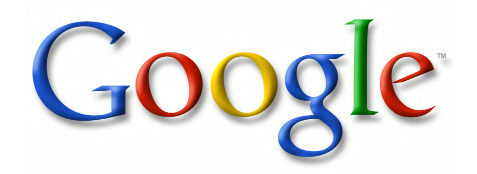
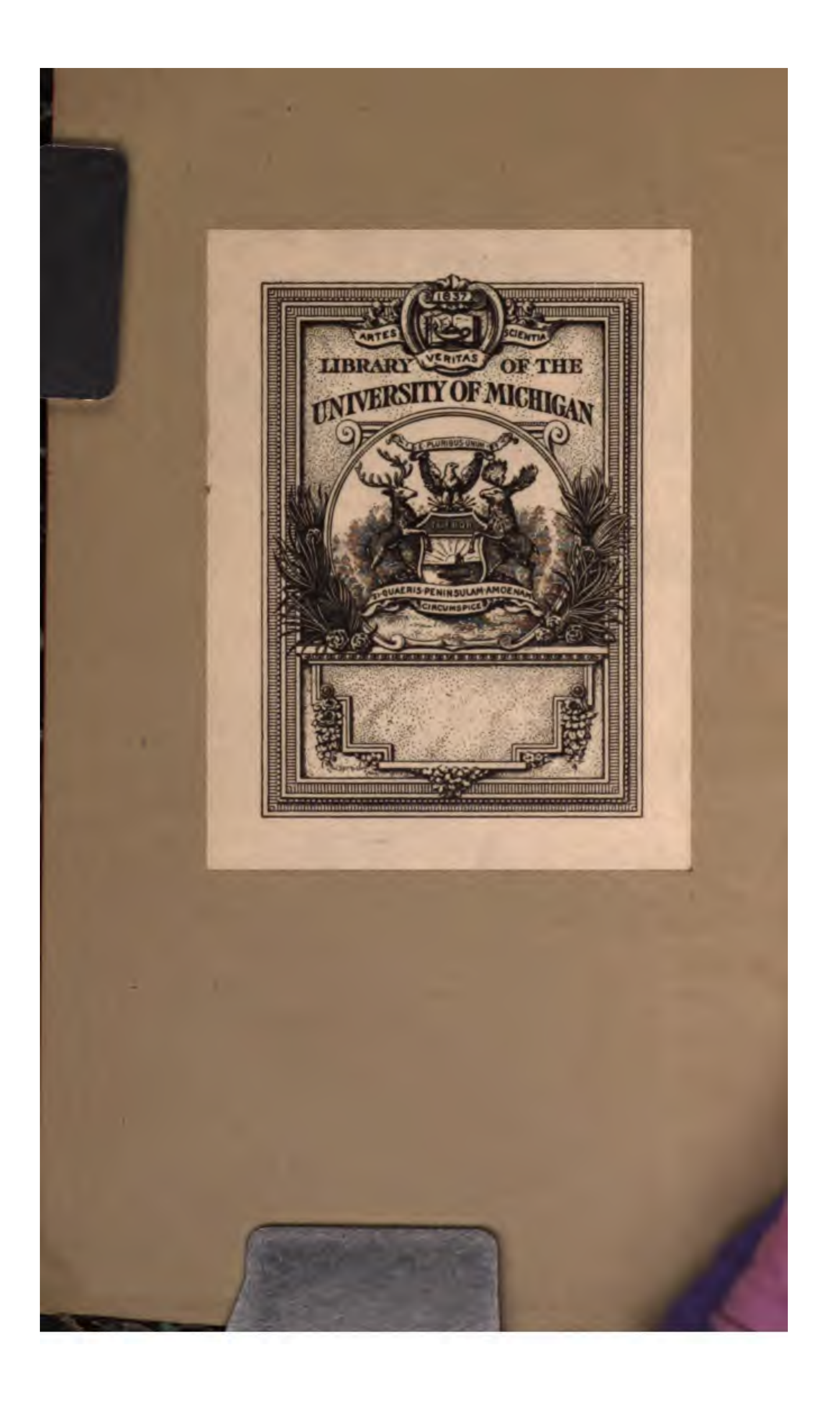





1837
ARTES
SCIENTIA
VERITAS
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE





JOURNAL

FÜR

KINDERKRANKHEITEN,

unter Mitwirkung der Herren

Geh. Rath Prof. Dr. Barez,
Direktor der Kinderklinik in der Charité in Berlin,

und

Prof. Dr. Romberg,
Direktor der Poliklinik der Universität in Berlin,

herausgegeben

von

Dr. Fr. J. Behrend, prakt. Arzte und Arzt am jüd. Krankenhause in Berlin.

u.

Dr. A. Hildebrand, prakt. Arzte und Assistenten an der Kinderklinik daselbst.

Band II. (Januar — Juni 1844.)

Berlin,
bei Albert Förstner.
1844.



JOURNAL

FÜR

KINDERKRANKHEITEN,

unter Mitwirkung der Herren

Geh. Rath Prof. Dr. Barez,

Direktor der Kinderklinik in der Charité in Berlin,

und

Prof. Dr. Romberg,

Direktor der Poliklinik der Universität in Berlin,

herausgegeben

von

Dr. Fr. J. Behrend, u. **Dr. A. Hildebrand,**

prakt. Arzte und Arzt am jüd. Krankenhause in Berlin.

prakt. Arzte und Assistenten an der Kinderklinik daselbst.

Band II. (Januar — Juni 1844.)

Berlin,

bei Albert Förstner.

1844.



Inhalts-Verzeichniss zu Band II.

I. Abhandlungen und Originalaufsätze.

II. Analysen und Kritiken.

III. Klinische Mittheilungen.

IV. Das Wissenswertheste aus den neuesten Zeitschriften und Werken.

V. Verhandlungen gelehrter Vereine und Gesellschaften.

VI. Miszellen und Notizen.

JOURNAL FÜR KINDERKRANKHEITEN.

Jedes Jahr erscheinen 12 Hefte in 2 Bänden. — Gute Original-Aufsätze über Kinderkrankh. werden erbeten und am Schlusse jedes Bandes gut honorirt.

Aufsätze, Abhandlungen, Schriften, Werke, Journale etc. für die Redaktion dieses Journals beliebe man kostenfrei an den Verleger einzusenden.

BAND II.] BERLIN, JANUAR 1844. [HEFT 1.

I. *Abhandlungen und Originalaufsätze.*

Fälle und Beobachtungen über die auf das Scharlachfieber folgende Wassersucht bei Kindern, von Dr. Lees, Arzt am Kinderhospitale zu Dublin.

Da ein grosser Streit unter den Aerzten der neueren Zeit über das Wesen der Hautwassersucht herrscht, welche so häufig dem Scharlachfieber folgt, so glaube ich, dass es interessant sein wird, wenn ich einige Fälle, die mir in meiner Praxis vorgekommen sind, hier mittheile.

Scharlach hatte im Oktober 1840 sehr viele Kinder im Hospitale befallen, war aber von auffallend günstigem Charakter, indem der Ausschlag in voller Blüthe stand, mit sehr geringem Ergriffensein des Halses. Einige Kinder wurden im November mit Oedem des Gesichts und allgemeinem Anasarka zu mir gebracht, so dass es fast schien, als ob eine Epidemie stattfände; aber von 36 Fällen waren nur zwei an Skarlatina behandelt worden, so dass ich annehme, die anderen Kinder müssen also auch die Krankheit gehabt haben, doch in einer so milden Form, dass sie nicht krank gemeldet wurden und daher das erste Stadium der Krankheit unbemerkt seinen Verlauf nahm.

Da die grosse Zahl von Fällen, die ich beobachtete, mir hinlängliche Gelegenheit verschafft hat, die Krankheit zu studiren, besonders mit Rücksicht auf ihre Komplikation und den pathologischen Zustand der inneren Organe, so habe ich einige der wichtigsten, welche zur Darstellung der hauptsächlichsten Züge der Krankheit dienen sollen, auserlesen.

Beim Durchgehen der verschiedenen Schriftsteller, die über diesen Gegenstand geschrieben haben, muss es auffallen, wie abweichend ihre Aussprüche in Bezug auf die Wichtigkeit der Wassersucht nach Scharlach sind; so gehen Cullen, Bateman und Armstrong nur mit einer

kleinen Bemerkung darüber hinweg. Dr. Darwall berichtet in der Cyklopädie der praktischen Medizin, dass er nie einen tödtlich endenden Fall beobachtet habe und den DD. Wells und Abercrombie für die Beschreibung der krankhaften Erscheinungen verpflichtet sei; der letztgenannte Autor behandelt sie als eine ernstliche und oft tödtliche Krankheit; Plencziz führt an, dass sie öfter den Tod herbeigeführt habe als der Scharlach selbst, der im Jahre 1762 in Wien herrschte, und Burserius sagt in seinen Institutionen, dass im Jahre 1517 dieselbe in Florenz sich sehr bösartig gezeigt habe, bis man entdeckte, dass sie von einer Entzündung der Lungen und Pleura abhängig sei. „Man war daher geneigt anzunehmen, dass Pneumonie für die primäre Krankheit angesehen werden müsste und dass die Wassersucht ein Symptom oder eine Wirkung derselben wäre." Wenn auch in dem gegenwärtigen vorgeschrittenen Zustande der Wissenschaft kein Patholog dieser Ansicht sein würde, so glaube ich doch, dass sowohl den verschiedenen Ursachen der Krankheit als auch ihren Komplikationen nicht die erforderliche Aufmerksamkeit zugewendet worden, und ich muss daher die von mir in meiner Praxis beobachteten Fälle in drei Abtheilungen zerfallen lassen.

Erster Fall. James C., 10 Jahre alt, ein schwächlicher, gesunder Knabe, wurde mir am 12. November von seiner Mutter überbracht, welche bemerkt hatte, dass sein Gesicht einige Tage vorher angeschwollen war, dabei Verlust des Appetits. Er war schläfrig und betäubt, der Leib verstopft; Puls von 80 Schlägen, voll; Urin sparsam, trübe, beim Filtriren wird er klar und ist stark eiweisshaltig. Die Extremitäten waren etwas ödematös angeschwollen.

Aderlass von ℥vj. — *Calomel.* gr. ij, *Pulv. rad. Jalapp. comp.* gr. xij.

Den 13ten. Nacht sehr schlecht, Husten und Dyspnoe bedeutend; Puls von 90 Schlägen, voll. — Aderlass von ℥iv. *Mixtura expectorans.*

Den 14ten. Das Athmen noch mehr behindert; Pat. muss im Bette aufrecht sitzen, und von Zeit zu Zeit treten Erstickungszufälle ein; sonore Rasselgeräusche über der ganzen Brust; Oedem des Gesichts und der Extremitäten hat zugenommen.

Liq. Ammon. acetatis, Infus. Digitalis āā ℥j, *Tinct. Digitalis* gutt. xxx, *Aq. Carvi* ℥iv, *Acetat. Potassae* ℥β. Dreimal täglich 2 Esslöffel.

Unter dieser Behandlung besserte er sich; der Urin wurde ganz

klar, der Anasarka nahm ab, und in gleichem Maasse verschwand das Albumen. Pat. wurde vollständig hergestellt.

Zweiter Fall. John B., 4 Jahre alt, wurde am 8. Dezember mit Oedem des Gesichts und der Extremitäten, das seit zwei Tagen bemerkt worden, aufgenommen; Zunge belegt, Haut heiss. Es ist Durchfall vorhanden. Der Urin war sparsam, dunkel gefärbt und stark albuminös. Der Durchfall wurde zuerst durch geringe Dosen von *Hydrargyr. cum Creta* mit *Pulv. Doweri* und warme Bäder beseitigt, dann *Liq. Ammon. acetat.* mit Digitalis, unter welcher Behandlung der Kranke schnell sich besserte. Während der ganzen Krankheit litt er sehr an häufigen und plötzlich eintretenden Anfällen von Orthopnoe, die besonders in der Nacht heftig waren, so dass Erstickung drohte, und welche, wie ich vermuthe, von einer Uebertragung der serösen Flüssigkeit auf das Zellgewebe der Lungen, so dass ein idiopathischer Anasarka dieses Organs sich bildete, abhingen.

Diese zwei Fälle sind vielleicht hinreichend, um uns ein Bild von der einfachsten Form der Krankheit zu gewähren, und mögen zu dem Streite über das Zusammentreffen einer albuminösen Beschaffenheit des Urins mit einer Nierenkrankheit wohl einigen Anlass gegeben haben; so fand hier in beiden Fällen Hämaturie statt, denn ich zweifle nicht, dass diese Beschaffenheit des Urins einer wahren Hämorrhagie nahe verwandt ist; dieser Umstand aber erschwert die Diagnose noch mehr, denn wenn auch im ersten Stadium der Bright'schen Krankheit häufig Hämaturie beobachtet worden, so entsteht die Frage, ob nicht in den eben erwähnten Fällen das Vorhandensein des Albumens von dem Serum des Bluts herrührt und unabhängig von einer organischen Nierenkrankheit ist; dass dieses aber der Fall war, bin ich aus folgenden Gründen zu glauben geneigt:

1) Wir finden, dass das Albumen in sehr kurzer Zeit, bei einer einfachen allgemeinen Behandlung, wieder verschwindet.

2) Wir wissen, dass ein albuminöser Urin oft in akuten Kinderkrankheiten ganz unabhängig von einer Nierenkrankheit gefunden wird.

3) Während der Konvaleszenz nach Exanthemen zeigt der Urin bei Kindern gewöhnlich alle Charaktere des Urins in der Anämie, so dass dieser Zustand, der mehr dem in der Bright'schen Krankheit gleicht, fast als ein normaler betrachtet werden kann; sein spezifisches Gewicht ist geringer, die Menge des Harnstoffs und der Harnsäure also vermindert und häufig Albumen vorhanden.

4) Es hat sich durch Becquerel's Untersuchungen herausgestellt, dass in Wassersuchten, die von einer Veränderung im Blute abhängen und Oedem der Nieren verursachen, oft Eiweiss im Urin ohne die Bright'sche Nierenentartung gefunden wird.

Der erste Fall ist noch besonders interessant, weil er uns über die Wirkung der allgemeinen Blutentleerung, die nicht heilsam gewesen zu sein scheint, Aufklärungen giebt; vielleicht könnte die Gegenwart von Blut im Urin uns hier in unserer Praxis leiten und uns auffordern, dies als eine Bemühung der Natur zu betrachten, die sich selbst Hülfe zu verschaffen sucht, zumal wenn wir bedenken, dass Hämorrhagieen so oft in dieser Krankheit aus der Nase, dem Magen und Darmkanal stattfinden. Zum Theil durch diese Beobachtung bewogen, liess ich in keinem der anderen Fälle zur Ader, sondern setzte nur Blutegel an die Füsse oder den Leib, wenn entzündliche Symptome die Anwendung derselben erforderten; immer aber folgte eine milde, alterirende Behandlung mit Diureticis und Abführmitteln, Bädern, denselben in der Kur. In dieser Behandlungsweise wurde ich durch den Ausspruch des Dr. Croker bestärkt, der reichliche Gelegenheit hatte, diese Krankheit im Kinderhospitale in Pitt-street zu beobachten, und mir erklärte, dass er selten zur Ader gelassen habe; in der That glaube ich, dass die Neigung zum Wassererguss nach einer gewissen Zeit aufhöre und die Krankheit von selbst zur Heilung strebe, wenn sie nicht durch unüberlegtes Einmischen, oder durch Komplikationen, die während ihres Verlaufs auftreten, und die, wie die folgenden Fälle zeigen, Gefahr bringen, darin gestört wird.

Dritter Fall. George C., 2 Jahre alt, ein schwächliches Kind, wurde mir, seit 10 Tagen an Durchfall leidend, am 6. Dezember überliefert. Es fieberte stark, die Haut war heiss, häufige schleimige Stühle, Gesicht und Körper etwas ödematös angeschwollen, Puls von 120 Schlägen. Ich setzte Blutegel auf den Unterleib, verordnete ihm *Hydrargyr. cum Creta* und *Pulv. Doweri.* Es wurde schlechter, der Durchfall hörte auf, der Anasarka nahm zu; ein kurzer, trockner Husten stellte sich ein, und Pat. starb am 12ten, nachdem in der Nacht Konvulsionen eingetreten waren. Das Gehirn war normal; es fanden sich vier Unzen von grünlichem Serum im linken Pleurasacke, der untere Lappen der linken Lunge war hepatisirt, seine Oberfläche mit frischer Lymphe bedeckt; die Schleimhaut des Dickdarms war verdickt und eigenthümlich geröthet, von warzigem Aussehen, sehr gefässreich. Die Nieren wurden sorgfältig von Dr. Carlile, Prof. der Anatomie,

und von Dr. Hill untersucht, und von Beiden in vollkommen normalem Zustande gefunden.

Vierter Fall. John H., 10 Jahre alt, ein schwächlicher Knabe, hatte einen gelinden Anfall von Scharlach überstanden und schien Konvaleszent zu sein, als er am 22sten Tage vom Beginn der Krankheit an über Schmerzen im Unterleibe klagte. Er sah leidend aus, und sein Gesicht schien ein wenig geschwollen zu sein; der Puls machte 78 Schläge. Er erhielt eine einfache Arznei, doch in der Nacht wurde er plötzlich von Konvulsionen des rechten Armes und Fusses befallen, die linke Pupille erweiterte sich bedeutend. Es wurde Blut entzogen und Kalomel mit Antimonialien verordnet. Am nächsten Tage lag er ohne Bewusstsein; Puls von 120 Schlägen, häufige Konvulsionen; am vierten Tage erfolgte der Tod.

Es war bedeutende Kongestion des Gehirns und seiner Häute vorhanden, die Gehirnsubstanz war fest und gefässreich; etwas Serum in den Ventrikeln. Der untere und mittlere Lappen der rechten Lunge befanden sich im Uebergange vom ersten zum zweiten Grade der Pneumonie. Der untere Lappen der linken Lunge war hepatisirt; der obere Lappen war in den dritten Grad übergegangen. Die Nieren wurden mit grosser Sorgfalt untersucht und zeigten sich von normaler Beschaffenheit. Ich war nicht im Stande, mir in einem der beiden Fälle Urin zu verschaffen, und bedaure dies besonders, weil Dr. Willis in London (in einem kürzlich über diesen Gegenstand veröffentlichten Aufsatze) die granulirte Degeneration der Nieren als die gewöhnlichste hier stattfindende Veränderung betrachtet.

Diese Fälle sind, meiner Meinung nach, höchst wichtig, weil sie das hinterlistige und bösartige Wesen der Krankheit darthun, deren sekundäre oder komplizirte Form ich sie nennen möchte. So gab sich in dem letzteren Falle die Lungenaffektion durch keins der gewöhnlichen Symptome zu erkennen. Das Kind war nie ohne Aufsicht gelassen worden; die Wärterin (eine Person, auf die ich mich verlassen konnte) sagte, dass es einen kurzen Husten hatte, aber sonst nichts von Wichtigkeit, und der Puls schlug nur 78 mal am Morgen, als die Konvulsionen sich einstellten.

Solche Fälle sollten uns von der Nothwendigkeit, eine genaue Diagnose, sowohl des Wesens der Krankheit, als auch des Leidens der einzelnen daran betheiligten Organe, zu stellen, überzeugen; denn wenn auch die allgemeinen Symptome und die Beschaffenheit des Urins uns über den entzündlichen Charakter der Krankheit Aufschluss geben mögen,

so ist es doch für eine erfolgreiche Behandlung, zumal bei Kindern, von grosser Wichtigkeit, unsere Mittel auf den eigentlichen Sitz der Krankkeit einwirken zu lassen. [1])

Obgleich diese Art von Wassersucht nach Scharlach vorzugsweise das subkutane Zellgewebe affizirt, so kann sie auch dasselbe im ganzen Körper durchdringen und so einen wahrhaft schrecklichen Charakter annehmen, indem sie diejenige Form, welche ich als die tertiäre der Krankheit hinstellen will, bildet. Die häufigste Quelle der Gefahr entsteht, wie ich glaube, durch den Erguss der Flüssigkeit in die Brusthöhle, besonders in das Zellgewebe der Lungen oder in das der Höhle des Thorax, und in dieser Form ist das äussere Oedem bedeutender als in irgend einer der anderen, die ich beschrieben habe. In der That haben die von mir beobachteten Fälle eine grosse Aehnlichkeit mit den von Burserius unter dem Namen *Oedema frigidum* beschriebenen. [2]) Durch die Güte des Herrn Marsh und des Dr. Croker war ich in den Stand gesetzt, einen solchen Fall (die selten vorkommen) zu beobachten; doch da das Kind bei der Aufnahme schon im Sterben lag, so theilte mir Dr. Burton seine Bemerkungen über die krankhaften Erscheinungen mit.

Fünfter Fall. John A., 9 Jahre alt, wurde an allgemeinem Anasarka und Aszites leidend aufgenommen. Das Oedem der Extremitäten war auffallend bleich, kalt und hart, das Gesicht livide, die Respiration erschwert, aber nicht beschleunigt; die Herzthätigkeit träge, mühsam und intermittirend; Urinsekretion war seit einigen Tagen unterdrückt. Es ist ein geringes subkrepitirendes Rasseln über dem ganzen hinteren Theile der Brust, ohne Mattheit des Tons, hörbar.

Die Mutter sagte aus, dass Pat. vor einem Monate das Scharlachfieber gehabt, aber wieder wohl zu sein schien, als sie vor einigen

---

1) Als einen ferneren Beweis für die Bösartigkeit dieser Form der Krankheit finde ich in dem *Compte rendu* der Klinik der Kinderkrankheiten in Strassburg von Dr. Stoeber angeführt, dass von 8 Kranken sechs starben. Ein Fall war höchst merkwürdig wegen der Schnelligkeit seines Verlaufs; es war ein Kind, das an geringem Anasarka litt und kaum fieberte; als es das Bett verlassen und über einen mit Steinen gepflasterten Flur ging, wurde es von Erstickungssymptomen, Orthopnoe, lividem Aussehen befallen, und starb eine halbe Stunde nach dem Auftreten des Anfalls. Bei der Obduktion wurde ein bedeutender Erguss von dünnem Serum im Pleurasack und im Perikardium gefunden, welcher wahrscheinlich in Folge der plötzlichen Einwirkung der Kälte auf die Füsse eingetreten war.

2) *Frigidum eum voco, qui veri oedematis auth. anasarca speciem refert et albus, et mollis, et aquosus et nequaquam tactui calens apparet et cum debilitate totius corporis, appetitus defectu, pulsu humili, languido, non duro, neque febrili conjungitur. Tom. III. p.* 89.

Tagen die Anschwellung des Gesichts bemerkt habe; der ganze Körper schwoll darauf mit einem Male an. Bei der Aufnahme litt er an einer heftigen Epistaxis, welche vom Dr. Burton gestillt wurde; er starb aber einige Stunden darauf.

Man fand allgemeines Oedem der Lungen mit seröser Infiltration des tief gelegenen Zellgewebes in der Brusthöhle, und gelblich gefärbte Flüssigkeit darin. Das Netz und das Zellgewebe unter dem Peritonäum schien durch eine gelatinöse Masse vereinigt zu sein, ohne dass irgend eine Spur von Organisation oder ein entzündlicher Prozess hier stattgefunden hätte. Die Nieren waren gross, gelappt und von blasser Färbung im Innern. Die Blase war sehr verdickt, kontrahirt, mit bedeutendem Oedem ihres hinteren Theils.

Der folgende Fall war der eines Knaben von 2 Jahren, der an geringem Durchfall litt. Drei Wochen nach einer sehr milden Form von Skarlatina begann er plötzlich in der Nacht mit Schwierigkeit zu athmen, und die Wärterin bemerkte, dass er geschwollen sei. Ich sah ihn wenige Stunden darauf, wo schon bedeutende allgemeine Wassersucht, Dyspnoe, kalte Extremitäten, eilender Puls vorhanden waren. Einige Stunden später starb er.

Bei der Sektion fand man eine geringe Menge seröser Flüssigkeit in den Gehirnventrikeln; es war allgemeines Oedem der Lungen mit gelatinöser Infiltration des Zellgewebes an der Basis der Lungen und des Mediastinum vorhanden; aber keine Spur von Entzündung in den Lungen oder Pleura, noch Tuberkeln. Das Netz schien in eine gelatinöse Masse mit dem Zellgewebe unter dem Peritonäum zusammengekittet zu sein. Die Nieren waren vollkommen gesund. Der Dünndarm normal; der Dickdarm aber verdickt und injizirt.

Ich bin der Meinung, dass diese Fälle von grosser Wichtigkeit sind, und wenn sie auch nicht genügen, um allgemeine Schlüsse daraus zu ziehen, so sollen sie doch zu weiterer Nachforschung anspornen; denn da diese Arten von Wassersucht, deren Pathologie sehr dunkel und schwierig ist, häufig nicht von einer deutlich wahrnehmbaren Krankheit irgend eines inneren Organs begleitet sind, so muss es unserer Praxis oft an Genauigkeit fehlen, weil die wahre Ursache des Ergusses nicht aufgefunden werden kann. Die plötzlich auftretenden, heftigen Symptome in dieser letzteren Klasse von Fällen scheinen durch seröse Infiltration des tief gelegenen Zellgewebes verursacht zu werden; die primäre Unwegsamkeit hat hauptsächlich in der Brust ihren Sitz, ist aber nicht von entzündlicher Beschaffenheit, und in

dieser Beziehung der Krankheit der Neugeborenen, welche Skleroma genannt wird, sehr ähnlich. Der wesentliche anatomische Charakter besteht in dem Vorhandensein von serös-albuminöser Flüssigkeit im subkutanen Zellgewebe, was von einer Unwegsamkeit in den Zirkulations- oder Respirationsorganen abhängt; die Pathologie ist vom Dr. Carswell in der Cyklopädie der praktischen Medizin [1]) folgendermaassen festgestellt worden:

„Dass das Oedem des Zellgewebes das Resultat einer Entzündung sei, diese Ansicht wird kein Patholog, der dasselbe untersucht hat und dessen Urtheil nicht durch vorgefasste Meinungen befangen ist, theilen. Wäre dies der Fall, so müssten wir bisweilen, wenn auch nicht immer, einige Produkte oder Wirkungen der Entzündung des Zellgewebes, wie koagulable Lymphe, oder Eiter, oder Erweichung, finden, die wir selbst niemals angetroffen haben."

Wiewohl manche Leute glauben mögen, dass die von mir aufgestellten Unterschiede nicht erforderlich und von keinem praktischen Nutzen sind, so hoffe ich doch, dass sie mich hinlänglich in Schutz nehmen werden, wenn sie bedenken, dass in der Behandlung einer so oft dunklen und allen Mitteln trotzenden Krankheit, wie es die Folgen des Scharlachs häufig sind, jedes unbedeutende Unterscheidungsmerkmal, welches dahin zielt, den Gegenstand zu beleuchten, sorgfältig beachtet und zur Sonderung benutzt werden sollte, damit der Gegenstand unserer Untersuchungen zuletzt völlig aufgeklärt werde.

Ich nehme die Gelegenheit wahr, obiger Abhandlung einige interessante Beobachtungen, die ich von meinem Freunde Dr. Osbrey erhalten habe, hier anzureihen. Der erste Fall ist merkwürdig wegen des Auftretens der Wassersucht in einer sehr frühen Periode, nämlich während des Eruptions-Stadiums. Dies ereignete sich bei einem Kinde von 3 Jahren, das früher vollkommen gesund gewesen war.

Dr. Osbrey schreibt: „Ich wurde zu einem schwächlichen Kinde von 3 Jahren gerufen, welches mit einem dunklen Scharlachausschlage bedeckt war. Der Hals war ergriffen, die Tonsillen mit einem weissen Exsudate bedeckt. Die Respiration war sehr beschleunigt, es zeigten sich aber keine physikalischen Zeichen einer Krankheit der Brustorgane. Heftiges entzündliches Fieber; dunkler und sparsamer Urin war vorhanden. Die unteren Extremitäten waren bedeutend geschwollen,

---

1) Artikel Induration, p. 681.

es entstand aber keine Grube beim Druck. Dr. Lees besuchte das Kind mit mir, und wir verordneten eine Blutentziehung und merkurielle Behandlung mit Diureticis, worunter eine kleine Menge Digitalis. Das Kind starb am fünften Tage nach dem Beginn des Anfalls, nachdem Erguss in die verschiedenen serösen Höhlen stattgefunden und sich Anschwellung der Extremitäten eingestellt hatte. Der Ausschlag war nicht verschwunden, nahm aber vor der Ausschwitzung eine sehr dunkle Farbe an. Es war kein Schmerz in der Nierengegend vorhanden. Alle anderen Kinder in demselben Hause wurden von Skarlatina befallen, genasen aber. (Die Sektion wurde mir nicht gestattet.)"

„Ich beobachtete einen anderen bemerkenswerthen Fall, in welchem die Wassersucht am zweiten Tage der Krankheit sich hinzugesellte, nachdem der Ausschlag plötzlich verschwunden war. Als derselbe durch den Gebrauch warmer Bäder wieder hervorgerufen worden, verschwand die Wassersucht. Auf diese Weise fuhren die Wassersucht und der Ausschlag fort, in unregelmässigen Intervallen einige Wochen hindurch mit einander abzuwechseln. Der Kranke genas aber zuletzt. Ich konnte keine Ursache auffinden, der ich das Verschwinden des Ausschlages hätte zuschreiben sollen."

Kurze Darstellung der sogenannten Hydrocephaloid-Krankheit [1]), von Dr. Julius Levin, prakt. Arzte in Berlin.

Dieser von Marshall Hall zuerst als eine besondere Affektion des kindlichen Alters beschriebene Krankheitszustand kommt häufig in der Praxis vor, und wenn er von den bisherigen Pathologen dennoch mit gänzlichem Stillschweigen übergangen worden ist, so hat dies lediglich darin seinen Grund, dass sie ihn mit Hydrocephalus, mit dem er in vielen seiner Symptome allerdings grosse Aehnlichkeit hat, verwechselt haben. Es kann jedoch, wie weiter unten gezeigt werden wird, keinem Zweifel unterliegen, dass die hier in Rede stehende Krankheit, ihrem Wesen nach, vom Hydrocephalus ganz verschieden ist, und

---

1) Diese erst durch Marshall Hall's Bemühungen in neuerer Zeit klar hervorgehobene Krankheit ist bald Hydrocephaloidkrankheit, bald *Hydrocephalus spurius*, bald *Anaemia cerebri*, bald *Exhaustio* oder *Inanitio cerebri* genannt worden. Da indessen bis jetzt noch keine dieser Bezeichnungen ausreicht, so habe ich sie vorläufig im Laufe dieses Journals: „Marsh. Hall'sche Kinderkrankheit" hier und da genannt. Bd.

die Kenntniss derselben muss daher nicht nur in diagnostischer Beziehung, sondern auch und vorzüglich für die Praxis von hoher Wichtigkeit sein, da sie eine Behandlung erheischt, die der des Hydrocephalus diametral entgegengesetzt ist. Da derselben nun von Seiten deutscher Pathologen noch nicht diejenige Aufmerksamkeit zu Theil geworden ist, die sie verdient, und dieselbe Manchem wohl selbst dem Namen nach noch unbekannt sein dürfte, so glauben wir hierin eine vollkommene Entschuldigung zu finden, wenn wir hier eine kurze Skizze derselben entwerfen, und dann zur näheren Beleuchtung einige von berühmten englischen Praktikern beobachteten Fälle mittheilen.

Die Hydrocephaloidkrankheit zerfällt nach Marshall Hall in zwei Stadien, in das der Reizung und in das des Torpors. Beide entsprechen in vielen ihrer Symptome respektive dem ersten und zweiten Stadium des Hydrocephalus.

Im ersten Stadium zeigt das Kind grosse Reizbarkeit, Unruhe und Fieberbewegungen; das Gesicht ist geröthet, die Oberfläche des Körpers heiss und der Puls beschleunigt; die Gefühlsnerven zeigen eine ausserordentliche Empfindlichkeit, und der kleine Kranke wird bei jeder Berührung, oder bei jedem plötzlichen Geräusch im höchsten Grade unruhig; während des Schlafes fährt er häufig auf, seufzt, wimmert und schreit; im Darm zeigen sich Flatulenz und Relaxation, die Stuhlentleerungen sind schleimig.

Wenn nun der Arzt in Folge einer irrthümlichen Vorstellung von der Natur der Krankheit keine Stimulantia und Tonika giebt, oder wenn die vorhandene Diarrhoe entweder spontan oder in Folge der angewandten Mittel fortdauert, so tritt eine Reihe von Symptomen auf, die offenbar aus einem Zustande der Erschöpfung entspringen. Das Gesicht wird blass und die Wangen fühlen sich kühl oder kalt an; die Augen sind halb geschlossen und werden von keinem Gegenstande, den man ihnen vorhält, angezogen; die erweiterten Pupillen bleiben bei der Annäherung des Lichtes unbeweglich; die Respiration, welche früher nur beschleunigt war, wird jetzt langsam, unregelmässig und von Seufzern unterbrochen; die Stimme wird rauh, und zuweilen stellt sich ein trockner, heiserer, quälender Husten ein; später, wenn die Kräfte noch mehr sinken, wird das Athmen röchelnd; die Darmausleerungen sind in der Regel grün; die Füsse werden kalt; der anfangs starke und volle Puls wird jetzt klein und schwach, behält jedoch nicht selten seine frühere Frequenz bei. Werden auch jetzt noch unter dem fortdauernden Irrthum, als habe man es mit einer primären Affektion

des Gehirns zu thun, Blutentziehungen und andere schwächende Mittel angewendet, so stürzt man den kleinen Kranken in die grösste Gefahr, aus der ihn dann oft nichts mehr zu retten vermag.

Aetiologie.

Die Autoren, welche bisher von dieser Krankheit gehandelt haben, suchen den nächsten Grund in einer allgemeinen Erschöpfung. „Diese Erschöpfung", sagt Marshall Hall, „hat in der frühesten Kindheit vorzüglich in einer spontanen oder künstlich erregten Diarrhöe, in den späteren Kinderjahren in einem Blutverluste, mit oder ohne Relaxation des Darmes, ihren Ursprung. Die spontane Diarrhöe ist in der Regel die Folge einer unzweckmässigen Nahrung oder einer Intestinal-Reizung. Sie tritt sehr häufig nach dem Entwöhnen, oder nach einer anderen bedeutenden Veränderung in der Diät, oder auch nach anhaltender Verstopfung ein. Die künstlich erregte Diarrhöe folgt gewöhnlich nach der Anwendung eröffnender Mittel zu einer Zeit, wo sich der Magen oder der Darmkanal in einem gereizten Zustande befindet, und die Mittel daher leicht übermässige Durchfälle erzeugen. Die durch Blutverlust erzeugte Erschöpfung ist in der Regel die Folge einer unzweckmässigen oder unangemessenen Applikation von Blutegeln oder, bei erwachseneren Kindern, einer solchen allgemeinen Blutentleerung."

Gooch [1]) weicht darin von dem eben genannten Autor ab, dass er die Krankheit nicht von einer durch vorangegangene Affektionen bedingten Erschöpfung herleitet, sondern als eine solche betrachtet, die auch bei vorher ganz gesund gewesenen Kindern vorkommen könne. „In den meisten Fällen", sagt er, „die ich beobachtet habe, waren die Kinder vorher gar nicht krank gewesen, und die Blutegel waren eben nur wegen des missverstandenen und irrig aufgefassten Zustandes von Schlafsüchtigkeit angesetzt worden." Er räumt jedoch ein, dass die Kinder gewöhnlich im Verhältniss zu ihrem Alter klein und von zarter Konstitution sind. Indessen scheinen die von ihm mitgetheilten Fälle, wie Marshall Hall richtig bemerkt, keinesweges zu Gunsten seiner Ansicht zu sprechen, indem der Darmkanal überall durch die längere Anwendung purgirender Mittel in einen gestörten Zustand versetzt gewesen, und somit wohl eine Veranlassung zur Erschöpfung gegeben war.

---

1) In seinem Werke: „*Account of some diseases peculiar to women*" 1829.

die Kenntniss derselben muss daher nicht nur in diagnostischer Beziehung, sondern auch und vorzüglich für die Praxis von hoher Wichtigkeit sein, da sie eine Behandlung erheischt, die der des Hydrocephalus diametral entgegengesetzt ist. Da derselben nun von Seiten deutscher Pathologen noch nicht diejenige Aufmerksamkeit zu Theil geworden ist, die sie verdient, und dieselbe Manchem wohl selbst dem Namen nach noch unbekannt sein dürfte, so glauben wir hierin eine vollkommene Entschuldigung zu finden, wenn wir hier eine kurze Skizze derselben entwerfen, und dann zur näheren Beleuchtung einige von berühmten englischen Praktikern beobachteten Fälle mittheilen.

Die Hydrocephaloidkrankheit zerfällt nach Marshall Hall in zwei Stadien, in das der Reizung und in das des Torpors. Beide entsprechen in vielen ihrer Symptome respektive dem ersten und zweiten Stadium des Hydrocephalus.

Im ersten Stadium zeigt das Kind grosse Reizbarkeit, Unruhe und Fieberbewegungen; das Gesicht ist geröthet, die Oberfläche des Körpers heiss und der Puls beschleunigt; die Gefühlsnerven zeigen eine ausserordentliche Empfindlichkeit, und der kleine Kranke wird bei jeder Berührung, oder bei jedem plötzlichen Geräusch im höchsten Grade unruhig; während des Schlafes fährt er häufig auf, seufzt, wimmert und schreit; im Darm zeigen sich Flatulenz und Relaxation, die Stuhlentleerungen sind schleimig.

Wenn nun der Arzt in Folge einer irrthümlichen Vorstellung von der Natur der Krankheit keine Stimulantia und Tonika giebt, oder wenn die vorhandene Diarrhoe entweder spontan oder in Folge der angewandten Mittel fortdauert, so tritt eine Reihe von Symptomen auf, die offenbar aus einem Zustande der Erschöpfung entspringen. Das Gesicht wird blass und die Wangen fühlen sich kühl oder kalt an; die Augen sind halb geschlossen und werden von keinem Gegenstande, den man ihnen vorhält, angezogen; die erweiterten Pupillen bleiben bei der Annäherung des Lichtes unbeweglich; die Respiration, welche früher nur beschleunigt war, wird jetzt langsam, unregelmässig und von Seufzern unterbrochen; die Stimme wird rauh, und zuweilen stellt sich ein trockner, heiserer, quälender Husten ein; später, wenn die Kräfte noch mehr sinken, wird das Athmen röchelnd; die Darmausleerungen sind in der Regel grün; die Füsse werden kalt; der anfangs starke und volle Puls wird jetzt klein und schwach, behält jedoch nicht selten seine frühere Frequenz bei. Werden auch jetzt noch unter dem fortdauernden Irrthum, als habe man es mit einer primären Affektion

des Gehirns zu thun, Blutentziehungen und andere schwächende Mittel angewendet, so stürzt man den kleinen Kranken in die grösste Gefahr, aus der ihn dann oft nichts mehr zu retten vermag.

Aetiologie.

Die Autoren, welche bisher von dieser Krankheit gehandelt haben, suchen den nächsten Grund in einer allgemeinen Erschöpfung. „Diese Erschöpfung", sagt Marshall Hall, „hat in der frühesten Kindheit vorzüglich in einer spontanen oder künstlich erregten Diarrhöe, in den späteren Kinderjahren in einem Blutverluste, mit oder ohne Relaxation des Darmes, ihren Ursprung. Die spontane Diarrhöe ist in der Regel die Folge einer unzweckmässigen Nahrung oder einer Intestinal-Reizung. Sie tritt sehr häufig nach dem Entwöhnen, oder nach einer anderen bedeutenden Veränderung in der Diät, oder auch nach anhaltender Verstopfung ein. Die künstlich erregte Diarrhöe folgt gewöhnlich nach der Anwendung eröffnender Mittel zu einer Zeit, wo sich der Magen oder der Darmkanal in einem gereizten Zustande befindet, und die Mittel daher leicht übermässige Durchfälle erzeugen. Die durch Blutverlust erzeugte Erschöpfung ist in der Regel die Folge einer unzweckmässigen oder unangemessenen Applikation von Blutegeln oder, bei erwachseneren Kindern, einer solchen allgemeinen Blutentleerung."

Gooch [1]) weicht darin von dem eben genannten Autor ab, dass er die Krankheit nicht von einer durch vorangegangene Affektionen bedingten Erschöpfung herleitet, sondern als eine solche betrachtet, die auch bei vorher ganz gesund gewesenen Kindern vorkommen könne. „In den meisten Fällen", sagt er, „die ich beobachtet habe, waren die Kinder vorher gar nicht krank gewesen, und die Blutegel waren eben nur wegen des missverstandenen und irrig aufgefassten Zustandes von Schlafsüchtigkeit angesetzt worden." Er räumt jedoch ein, dass die Kinder gewöhnlich im Verhältniss zu ihrem Alter klein und von zarter Konstitution sind. Indessen scheinen die von ihm mitgetheilten Fälle, wie Marshall Hall richtig bemerkt, keineswegs zu Gunsten seiner Ansicht zu sprechen, indem der Darmkanal überall durch die längere Anwendung purgirender Mittel in einen gestörten Zustand versetzt gewesen, und somit wohl eine Veranlassung zur Erschöpfung gegeben war.

---

1) In seinem Werke: „*Account of some diseases peculiar to women*" 1829.

Auch Abercrombie [1]) stimmt darin mit Marshall Hall überein, dass dieser Krankheitszustand ausschliesslich bei durch vorangegangene Leiden herabgekommenen Kindern vorkomme. „Er befällt die Kinder", sagt er, „nach irgend einer erschöpfenden Krankheit von längerer Dauer, wie z. B. nach langwierigen, vernachlässigten Diarrhöen, und die kleinen Kranken liegen dann in einem unempfindlichen Zustande mit halb geöffneten Augen, erweiterten und unbeweglichen Pupillen, blassem Gesichte und schwachem Pulse."

Auf welche Weise kann nun aber die allgemeine Erschöpfung zu jenen Reaktionsymptomen Veranlassung geben, durch welche, wie wir gesehen haben, das erste Stadium dieser Krankheit charakterisirt wird? Diese Frage involvirt zugleich eine andere, nämlich: In welchem Zustande befindet sich das Gehirn selbst in dieser Affektion? Eine Entzündung dieses Organs findet entschieden nicht statt; wohl aber könnte man an eine Kongestion desselben denken und aus dieser die Reizungs-Symptome herleiten. Allein aus dem, was die genannten Autoren hierüber geäussert haben, geht offenbar hervor, dass sie nicht nur jede Hyperämie des Gehirns von dieser Affektion ausschliessen, sondern gerade den entgegengesetzten Zustand annehmen. So äussert sich Marshall Hall in seiner jüngsten Schrift [2]), in welcher er diese Krankheit erwähnt, folgendermaassen: „Der Gegenstand, den ich hier als mit dem Zustande des Kreislaufs im Gehirn verbunden erwähnen will, ist der der Hydrocephaloidkrankheit bei Kindern. .... Aus einem Zustande der Erschöpfung entstehend, wird sie durch Blutmangel bedingt, und ihre Heilung erfordert die umsichtige Anwendung von reizenden und nährenden Mitteln." Abercrombie, welcher diese Gehirnaffektion lediglich als Koma oder Stupor bezeichnet, und von Reizung gar nichts erwähnt, vergleicht die Krankheit mit der *Apoplexia ex inanitione* der älteren Schriftsteller, wobei er bemerkt, dass er dieselbe auch bei Erwachsenen beobachtet habe, obgleich sie bei diesen weit seltener vorkomme, als bei Kindern. Gooch ist ebenfalls der Ansicht, dass die Hydrocephaloidkrankheit von einer Verminderung der Blutmenge im Gehirn abhängig oder doch damit verbunden sei. Nach der Mittheilung eines, in Folge der falschen Behandlung unglücklich abgelaufenen Falles dieser Art bemerkt er: „Die

---

1) In seinen „*Researches on diseases of the Brain and Spinal-Chord*", London 1829.

2) *On the mutual relations between anatomy, physiology, pathology and therapeutics and the practice of medicine etc. by Marshall Hall, London* 1842.

Benommenheit des Kopfes und der schlafsüchtige Zustand, die man einer entzündlichen Gehirnaffektion zugeschrieben hatte, hingen in der That von einer Verminderung der Nerven-Energie ab; die Blutentziehung und die sparsame Diät haben diesen Zustand noch verschlimmert und den Tod des Kindes nur um so schneller herbeigeführt; der Zustand der Augen, welcher unmittelbar nach der Blutentziehung eintrat und anscheinend demjenigen ähnlich war, der durch einen Wassererguss innerhalb der Schädelhöhle veranlasst wird, hatte in der That in einer Schwäche und Unzulänglichkeit des Gehirnkreislaufs seinen Grund." [1]) Woher nun aber bei diesem anämischen Zustande des Gehirns die Symptome der Reizung? Man könnte zwar annehmen, dass die spontan entstandene oder künstlich erregte Irritation des Magens und Darmkanals, welche die dem Erschöpfungszustande vorangegangene Diarrhöe herbeigeführt hatte, vermöge des innigen sympathischen Verhältnisses zwischen Magen und Gehirn eine konsensuelle Reizung des letzteren Organs veranlasst habe; allein dieses würde immer noch nicht die in Rede stehenden Symptome in denjenigen Fällen erklären, in welchen die Ursache der Erschöpfung nicht in einer vorangegangenen Diarrhöe, sondern in einem übermässigen Blutverluste lag, und gar keine gastrische Reizung zugegen war. Es scheint demnach, dass in der Erschöpfung und der Blutlosigkeit des Gehirns selbst der Grund der Irritation dieses Organs zu suchen sei, und dieses wird in der That durch das, was man unter analogen Verhältnissen in anderen Fällen beobachtet, vollkommen bestätigt. So sehen wir bei einer Frau, die nach der Entbindung von einer profusen Metrorrhagie befallen wird, heftigen Kopfschmerz, Ohrensausen, Klopfen in den Schläfen u. s. w. entstehen; in der Chlorosis, einer auf einer allgemeinen Anämie beruhenden Affektion, treten häufig Kopfschmerzen, Pulsation der Karotiden, Empfindlichkeit gegen Licht und Schall u. s. w. ein (Marshall Hall sah nach einem Aderlass bei einer Chlorotischen Manie entstehen); wird einem Thiere plötzlich eine bedeutende Menge Blutes entzogen, so entstehen Konvulsionen, die um so heftiger werden, je mehr Blut das Thier verliert, und die erst mit dem Tode aufhören. Aehnliches beobachtet man auch in anderen Organen. Nach starken Blutentziehungen entstehen oft, eben so wie in der Chlorosis, heftige Palpitationen des Herzens, Dyspnoe, nicht selten auch Erbrechen. Diese Erscheinungen sucht Canstatt physiolo-

1) *Op. cit.*

gisch auf folgende Weise zu erklären: „Je mehr", sagt er, „die Energie eines Organs oder des Organismus durch die Anämie geschwächt wird, in desto grösserem Maasse wird seine Reizbarkeit erhöhet; der geringste Reiz, der sonst kaum irgend eine Reaktion zur Folge gehabt hätte, ruft im anämischen Organe, so lange es noch nicht vollkommen gelähmt ist, einen scheinbar heftigen Reflex hervor." Hiernach müssten jedoch im zweiten Stadium der hier in Rede stehenden Krankheit, wo die Erschöpfung und folglich auch die Anämie bedeutender ist, als im ersten, aber doch keineswegs einen solchen Grad erreicht, dass bereits von einer Lähmung des Gehirns die Rede sein könnte (wie dies die schnellen und glücklichen Erfolge der zweckmässig eingeleiteten Behandlung hinlänglich beweisen), die Reaktions-Erscheinungen noch in stärkerem Grade hervortreten, und dennoch findet gerade das Gegentheil statt. Auch dürfte hier der Reiz, durch welchen der Reflex im anämischen Gehirn hervorgerufen sein könnte, schwer nachzuweisen sein, da der ganze Krankheitszustand nur eben die Folge der Erschöpfung ist, ohne dass dabei noch irgend eine andere Ursache wirksam gewesen wäre. Die Symptome der Reizung lassen sich vielleicht besser dadurch erklären, dass die durch Anämie oder durch andere Ursachen verminderte Energie des Nervensystems eine perverse Thätigkeit dieses letzteren zur Folge hat, die aber, wenn die Schwäche und Erschöpfung einen noch höheren Grad erreicht, allmälig in einen komatösen Zustand und wirklichen Stupor übergeht. So sehen wir bei Säufern, wenn sie in Lagen versetzt sind, in welchen sie sich des Genusses spirituöser Getränke gänzlich enthalten müssen, wie z. B. während ihres Aufenthalts im Gefängnisse oder Hospital, häufig heftige Delirien entstehen, weil der Mangel des gewohnten Reizes eine Verminderung der Nerven-Energie des Gehirns zur Folge gehabt hat.

Wenn demnach die hier in Rede stehende Krankheit lediglich auf einem anämischen Zustande des Gehirns beruht, so leuchtet es ein, dass sie mit dem durch Entzündung und Kongestion bedingten Hydrocephalus nichts gemein hat. Zwar haben mehrere der früheren Schriftsteller einen *Hydrocephalus acutus, sthenicus* und *asthenicus* unterschieden, und gegen diesen letzteren Nervina und Irritantia, wie Ammonium, Moschus, Wein u. s. w., empfohlen; allein einerseits haben sie unter dem asthenischen Hydrocephalus blos einen solchen verstanden, der bei schlecht genährten, kachektischen, durch anderweitige Krankheiten bereits geschwächten Kindern auftritt, und die Symptome

der ursprünglichen (auch hier in Kongestion oder Entzündung bestehenden) Gehirnaffektion nicht so stürmisch sich zeigen, als wenn gesunde, kräftige Kinder davon ergriffen werden, und daher neben einer vorsichtigen Blutentziehung auch den Gebrauch der Nervina u. s. w. erheischen; anderseits haben sie offenbar in vielen Fällen die Natur der Krankheit verkannt und Erscheinungen der Erschöpfung und der Anämie des Gehirns für die der Hyperämie oder des *Hydrocephalus acutus* gehalten — ein Irrthum, den eben Marshall Hall nachgewiesen zu haben, das hohe Verdienst hat.

Man könnte nun vielleicht fragen, warum diese Krankheit vorzugsweise bei Kindern beobachtet wird, da doch Erschöpfung und Blutlosigkeit auch oft bei Erwachsenen vorkommen, und gleiche Ursachen gleiche Wirkungen haben müssen? Allein wenn man erwägt, dass Kinder überhaupt zu Gehirnaffektionen mehr geneigt sind, als Erwachsene, dass die höhere Bildungsthätigkeit, welche im Zentralorgan des Nervensystems im kindlichen Alter stattfindet, auch eine verhältnissmässig stärkere Ernährung und daher einen grösseren Zufluss des Blutes nöthig macht, und dass, wenn einerseits hiermit die Bedingung zu Kongestionen und hyperämischen Zuständen gegeben ist, andererseits jede Ursache, welche die Quantität des zu jenem Organ gelangenden Blutes in bedeutendem Grade zu vermindern geeignet ist, auch eine entsprechende Verminderung der Energie und Thätigkeit desselben zur Folge haben muss, so wird man jene Erscheinung nicht auffallend finden.

Was nun den Namen „Hydrocephaloidkrankheit" betrifft, so ist derselbe nach dem bisher Gesagten allerdings nicht ganz passend gewählt, da er das eigentliche Wesen der Krankheit nicht andeutet; indessen lässt sich dieser Vorwurf auch gegen die Benennung vieler anderen Krankheiten erheben, wie denn der Name *Hydrocephalus acutus* ebenfalls nicht die eigentliche Krankheit des Gehirns, sondern mehr den Ausgang derselben bezeichnet. Canstatt hat diese Affektion in der That unter der Benennung „Gehirnanämie" beschrieben, deren sich freilich bereits früher Andral (wohl zur Beichnung eines anderen Krankheitszustandes) bedient hat.

Diagnose.

Um diese Affektion vom Hydrocephalus zu unterscheiden, muss man vorzüglich den Zustand der Wangen (ob dieselben nämlich kühl und blass, oder warm und geröthet sind), der bei sehr jungen Kindern

gleichsam als der Puls derselben betrachtet werden kann, so wie de Charakter der Respiration und die Anamnese berücksichtigen. Ausse dem bietet die Beschaffenheit der allgemeinen Hautoberfläche, namen lich aber der Hände und Füsse, ein wichtiges diagnostisches Momen in Bezug auf den Zustand der vitalen oder Nervenkraft dar.

Zur Unterscheidung beider Stadien kann besonders die Bescha fenheit der Respiration und des Pulses dienen; denn im Stadium de Reizung ist das Athmen beschleunigt, aber regelmässig, der Puls o stark und voll; in dem des Torpors dagegen ist jenes langsam, unre gelmässig, seufzend und zuletzt röchelnd, dieser aber klein und schwacl obgleich zuweilen von derselben Frequenz wie vorher.

Prognose.

Die Hydrocephaloidkrankheit ist in den meisten Fällen, so dr hend und gefährlich oft auch die Symptome erscheinen mögen, leicl und schnell heilbar. Es hängt freilich Alles davon ab, dass sie frü genug erkannt und das geeignete Heilverfahren schnell eingeleit werde; denn eine eigenthümliche Diagnose und die darauf gegründe Anwendung von Blutentziehungen und anderen schwächenden Mitte führen eine totale Erschöpfung des kleinen Kranken herbei, und d Tod ist dann die unvermeidliche Folge.

Behandlung.

Bei der Behandlung dieser Affektion müssen solche Mittel in A wendung gezogen werden, welche die Diarrhöe zu sistiren, dann d Funktionen des Darmkanals zu reguliren, und endlich die Kräfte d Kranken wieder herzustellen und aufrecht zu erhalten geeignet sin Zu den ersteren Zwecken kann es häufig nöthig werden, die *Tin Opii,* das Kalkwasser, und dann die Magnesia und das Rheum zu g ben; der letztere Zweck wird durch Ammonium, Branntwein, We und eine angemessene Nahrung erreicht. Das vorzüglichste Mittel i jedoch auch hier, wie in vielen anderen Kinderkrankheiten, die Mil einer jungen und gesunden Amme; in Ermangelung derselben ka man die Eselinnenmilch als ein, wenn auch jene nicht ganz ersetze des, Surrogat in Gebrauch ziehen. Von dem Ammonium giebt m alle 2 bis 3 Stunden 3 bis 10 Gran und in der Zwischenzeit 2- b 3mal 5 bis 10 Tropfen Branntwein in Arrow-root oder irgend eine anderen schleimigen Vehikel. Lassen die Diarrhöe und die Zufäl der Erschöpfung nach, so muss man von dem ferneren Gebrauch dies

Mittel abstehen und, unter fortdauernder Berücksichtigung des Darmkanals, nur noch darauf bedacht sein, die Kräfte durch Ammen- oder Eselinnenmilch aufrecht zu erhalten.

Im Stadium der Reizung sind warme Bäder besonders wirksam; im komatösen Zustande leisten kleine Blasenpflaster oder Senfteige, im Nacken applizirt, gute Dienste. Vorzüglich sorge man dafür, dass die Extremitäten durch Flanell-Einwickelungen warm gehalten und die Zirkulation in denselben durch häufige Friktionen befördert werde. Man vermeide es ausserdem sorgfältig, das Kind in eine aufrechte Stellung zu bringen. [1])

Wir wollen nun einige, theils von den genannten Autoren selbst, theils von anderen berühmten englischen Praktikern beobachteten Fälle dieser Art mittheilen, indem wir glauben, dass der geneigte Leser dadurch eine deutlichere Anschauung von dem Gesammtbilde der Krankheit erhalten werde, als es aus einer blossen Beschreibung derselben möglich sein dürfte.

Erster Fall. (Marshall Hall.)

Ein drei Monate altes Kind war vor 14 Tagen entwöhnt und seitdem mit Milch und Haferschleim, denen man täglich einmal etwas Weissbrod zusetzte, genährt worden, wobei es sich ganz wohl befand. Vor einigen Tagen jedoch bekam es plötzlich Fieber, wurde sehr unruhig, schrie während des Schlafes häufig auf und wurde dann von einer Diarrhoe befallen, durch welche unverdauete und schleimige Stoffe entleert wurden. Der behandelnde Arzt gab eine Dosis Kalomel, welches Uebelkeit erzeugte. Es wurde dann eine zweite Dosis dieses Mittels gegeben, auf welche während dieses und des nächst folgenden Tages 16 Darmentleerungen erfolgten.

Während der folgenden Nacht hatte das Kind grosse Hitze, einen sehr unruhigen Schlaf, Leibkneifen und einige übelriechende Stuhlentleerungen. Am nächsten Morgen bemerkte man einen gewissen Grad

---

1) Denn dadurch wird die Anämie des Gehirns noch vermehrt und daher die Krankheit verschlimmert. Man sieht dies deutlich bei Aderlässen, wo oft in der aufrechten Stellung des Kranken schon nach dem Verluste einer geringen Quantität Blutes eine Ohnmacht eintritt, während diese in der horizontalen Lage desselben ganz vermieden wird. So beobachtet man auch bei Thieren, die durch einen starken Blutverlust geschwächt sind, dass, wenn sie an den Vorderfüssen aufgehängt werden, Synkope eintritt, diese aber wieder verschwindet, wenn das Aufhängen an den Hinterfüssen geschieht. Bd.

von Somnolenz oder Koma; die Augen waren unvollkommen geschlossen, so dass man einen Theil der Albuginea sehen konnte, und der Mund war geöffnet. Dieser Zustand, welcher mit Kälte der Wangen, Hände und Füsse verbunden war, dauerte ungefähr 10 Minuten, worauf eine leichte Reaktion eintrat.

Während des ganzen Tages blieb der Zustand fast derselbe, ausser dass das Koma jetzt deutlicher hervortrat und längere Zeit anhielt. Spät am Abend sah Marshall Hall das Kind zum ersten Male. Die Wangen waren um diese Zeit blass und kalt, die Augen halb geöffnet und wurden von keinem, wenn auch noch so glänzenden Gegenstande angezogen. Die Pupillen waren mässig erweitert und blieben bei der Annäherung des Lichtes unbeweglich; der Puls war 132, die Respiration unregelmässig und von Seufzern unterbrochen, die allgemeine Körperoberfläche blass, und die Hände und Füsse kalt.

M. H. verordnete 5 gutt. Branntwein und 3 gutt. von einer Auflösung des *Sal volatile (Ammon. carb. pyro-oleos. Ph. Bor.)*, abwechselnd alle Stunden zu geben; ausserdem sollte das Kind alle 2 Stunden einmal an die Brust einer gesunden, jungen Amme gelegt werden.

Unter dieser Behandlung trat eine allmälige, jedoch nicht ununterbrochene Besserung ein. Der Stupor begann mit ausserordentlicher Unruhe abzuwechseln, so dass das Kind häufig schrie, und sich rastlos hin und her warf; mehr als einmal war die Unruhe so gross, dass sie die Anwendung eines warmen Bades nöthig machte, durch welches sie sich bedeutend verminderte, so dass das Kind in einen erquickenden Schlaf fiel. Das Gesicht nahm allmälig eine natürliche Farbe und einen lebhafteren Ausdruck an und zeigte zuweilen sogar ein heiteres Lächeln. Am nächsten Tage erfolgten vier reichliche und ziemlich konsistente Darmausleerungen.

Des anderen Tages wurde eine geringe Quantität Magnesia mit Rheum gegeben, ohne dass der Gebrauch der übrigen Mittel ausgesetzt wurde. Die kleine Kranke zeigte an diesem Tage viel weniger Unruhe, so dass die Anwendung des warmen Bades nicht ein einziges Mal erforderlich und der Schlaf ruhig und ununterbrochen war.

An den folgenden Tagen schritt die Besserung zusehends fort, der Gebrauch des Branntweins und des flüchtigen Salzes wurde allmälig eingestellt, der der Ammenmilch dagegen noch länger fortgesetzt.

Zweiter Fall. (M. H.)

Ein kleines Mädchen von 2¾ Jahren hatte an einem Anfalle von Influenza gelitten. Die Affektion der Brust war bedeutend gewesen, und hatte sich lange hingezogen, so dass ausser der Anwendung innerer depletorischer Mittel, auch die Applikation von 16 Blutegeln nöthig war, um sie zu beseitigen. Durch die angewandten eröffnenden Mittel, so wie durch den Blutverlust war das Kind jedoch ausserordentlich erschöpft worden, so dass nach Beseitigung der Brustaffektion eine neue Reihe von Symptomen eintrat, die nicht minder beunruhigend waren, als die vorangegangenen. Das Kind fiel in einen schlafsüchtigen Zustand, lag mit halb geschlossenen Augen, und wimmerte bei jedem Versuche, es aufzurichten; die Pupillen waren erweitert, zogen sich jedoch bei der Annäherung des Lichtes theilweise zusammen; der Puls war 140.

Der bereits anwesende Arzt meinte, es sei Hydrocephalus vorhanden, und man müsse zur Anwendung des Kalomels schreiten. Seiner Ansicht nach, erwiederte M. H., sei dieser Zustand zwar dem Hydrocephalus sehr ähnlich, derselbe habe aber in einer Erschöpfung seinen Ursprung, und daher wohl Irritantia und Nutrientia, nicht aber Kalomel das Leben der kleinen Kranken retten würden, wobei er auf die Geschichte des Falles hinwies, welche eine hinlängliche Ursache der Erschöpfung darbot. Es wurde demnach Branntwein mit der Vorschrift verordnet, davon alle 2 Stunden 30 gutt. zu geben, und in der Zwischenzeit Gerstenwasser und 2 Mal in 24 Stunden eine Viertelpinte Eselinnenmilch nehmen zu lassen. Die Darmentleerung wurde durch Magnesia und Klystiere von warmem Wasser bewirkt. Unter dieser Behandlung verminderte sich die Zahl der Pulsschläge und allmälig auch die Heftigkeit der übrigen Symptome. Dennoch wurden die Augen noch durch keinen, ihnen vorgehaltenen Gegenstand fixirt, und die Pupillen blieben erweitert; die Konjunktiva gerieth dadurch, dass sie zwischen den nur theilweise geschlossenen Augenlidern stets der Einwirkung des Lichtes und der Luft ausgesetzt gewesen, in einen entzündlichen Zustand, und die Fäces gingen ein- oder zweimal unwillkührlich ab.

Da der Branntwein einigemale Darmschmerzen verursacht hatte, — eine Wirkung, die übrigens öfter beobachtet worden ist, — so wurde statt dessen der *Spiritus Ammonii aromaticus* gegeben. Der übrige Kurplan, so wie die diätetischen Vorschriften wurden von der Mutter streng befolgt.

Das erste Zeichen der Besserung war, wie bereits erwähnt, eine Abnahme der Pulsfrequenz; das nächste die wiederhergestellte Reizempfänglichkeit der Pupillen gegen das Licht; alsdann wurden die Augen von äusseren Gegenständen angezogen und fixirt, und um den Mund der kleinen Kranken begann ein Lächeln zu spielen; die Augenlider schlossen sich während des Schlafes immer vollkommener, und die Konjunktiva verlor ihr entzündliches, injizirtes Ansehen.

Folgender Fall ist M. H. von Dr. Heming in einem Briefe mitgetheilt worden, den wir hier mit den eigenen Worten des Verfassers wiedergeben wollen.

Dritter Fall.

„Die beiden Kinder, von denen ich Ihnen geschrieben habe," bemerkt Dr. Heming, „waren von einer Darmaffektion befallen worden, und der Hausarzt hatte eine eröffnende Arznei verordnet. Da sie jedoch immer schlimmer wurden, so zog man den Dr. Blegborough zu Rathe. Ich sah die Kinder am 10. Dezember. Das jüngste, 9 Monate alt, litt an einer aphthösen Diarrhoe, war sehr blass, ausserordentlich abgemagert, und schien in den letzten Zügen zu liegen. Es schleppte sich jedoch noch 2 bis 3 Tage unter den Symptomen des Kollapsus, die ich Ihnen beschrieben habe, hin und dann verschied es. Dem ältesten Kinde, einem Mädchen von 3 Jahren, waren Blutegel an die Schläfen gesetzt und Kalomel mit Jalappe gegeben worden, und als ich es sah, war die Mutter eben damit beschäftigt, den Kopf mit einer kalten spirituösen Flüssigkeit zu waschen. Dr. Blegborough hatte den Fall für einen Hydrocephalus und folglich für hoffnungslos erklärt, und, um die Wahrheit zu sagen, ich dachte, er hätte Recht; denn das Kind war gegen Licht und Schall vollkommen empfindungslos, die Augen waren halb geschlossen, von Strabismus affizirt und die Pupillen erweitert, der Kopf des Kindes fiel von einer Seite zur andern, die Darmentleerungen gingen unwillkührlich ab, die Haut war bleich und welk, und der ganze Körper ausserordentlich abgemagert. Ich empfahl die Applikation eines Sinapism auf die Füsse und, im Falle das Kind die Fähigkeit zu schlingen wieder erlangen sollte, was ich jedoch nicht erwartete, ihm Eselinnenmilch zu geben, und jede Arznei wegzulassen."

„Als ich am 12ten wieder kam, wurde ich nicht wenig überrascht, da ich das Kind bedeutend besser fand, als ich es verlassen hatte. Die Eselinnenmilch war gegeben worden und schien gut ver-

tragen zu werden. Da die Darmausleerungen noch häufig und unwillkührlich abgingen, und da ich jetzt nicht mehr an einen Erguss innerhalb der Schädelhöhle glaubte, — obgleich ich gestehen muss, dass ich durchaus nicht wusste, welcher Ursache die Symptome eigentlich zuzuschreiben seien, — so verordnete ich kleine Dosen Opium mit der Weisung, sie so lange fortgebrauchen zu lassen, bis die Diarrhoe aufgehört hätte. Am 14ten waren die Darmentleerungen weniger zahlreich, und die kleine Kranke befand sich in jeder Beziehung besser. Am 18ten war die Besserung noch weiter vorgeschritten, obgleich das Kind noch sehr blass war. Dieses wurde nun aufs Land geschickt, und nach einigen Monaten war es vollkommen wieder hergestellt."

Vierter Fall. (Dr. Gooch.)

Ein Mädchen von ungefähr 2 Jahren, für ihr Alter ziemlich schwach und klein, und sehr zart gebaut, wurde von einer Krankheit befallen, welche genau die Symptome zeigte, wie sie oben als im zweiten Stadium der Hydrocephaloidkrankheit vorkommend beschrieben worden sind. Das Kind lag in einem schlafsüchtigen Zustande, hatte eine kalte Haut und einen schwachen Puls, der jedoch nicht viel frequenter war als gewöhnlich. Es hatte nicht die geringste Neigung, irgend eine Nahrung zu sich zu nehmen. Da die Schwester erst acht Tage vorher an einer Krankheit gestorben war, welche genau auf dieselbe Weise begann, und bei welcher Blutegel und Purgirmittel angewendet worden waren, und da der behandelnde Arzt über die Zweckmässigkeit jener Behandlung einige Zweifel hegte, so wurden die Blutegel weggelassen; da sich jedoch das Kind nach 2 Tagen noch immer nicht besser befand, so konsultirten die Eltern einen anderen Arzt. Der herbeigerufene Praktiker erklärte den Fall sogleich für eine Gehirnkongestion, und verordnete die Applikation von 3 Blutegeln an den Kopf. Auf Veranlassung eines Freundes der Familie, der früher einmal die Arzneikunst studirt, sie aber nie praktisch geübt hatte, und dem das Verfahren der Aerzte nicht energisch genug zu sein schien, wurden statt der drei 6 Blutegel angesetzt, und die Nachblutung lange unterhalten. Als die Aerzte des Abends die Kranke wieder besuchten, fanden sie, dass der Zustand derselben sich bedeutend verschlimmert hatte; das Kind war leichenblass, der Puls kaum zu fühlen, die Haut kalt, die Pupillen erweitert und selbst dann bewegungslos, wenn man einen Lichtstrahl gerade in sie hineinfallen liess; auch schien das Kind, als man ihm eine Uhr vor die Augen hielt, diese nicht zu sehen;

Strabismus war nicht zugegen. Am nächsten Tage erbrach das Kind mehrere Male die genommenen Speisen; es wurde daher verordnet, demselben keine andere Nahrung zu geben, als stündlich einen Kinderlöffel voll Eselinnenmilch, und diese Vorschrift wurde mehrere Tage lang streng befolgt. Indessen zehrte das Kind ab, die Züge desselben wurden scharf, und bei der geringsten Veranlassung nahm es eine mürrische und verdrussliche Miene an und stiess ein schwaches, quiekendes Geschrei aus; die Augen sanken tief in die Höhlen zurück und glichen denen eines Menschen, der bereits seit einem Monate todt ist; die Haut war fortdauernd kühl, oft auch ganz kalt, und der Puls war schwach, zitternd, und zuweilen kaum zu fühlen. In diesem Zustande verharrte die kleine Kranke mehrere Tage; zuweilen erholte sie sich ein wenig, so dass Diejenigen, welche die Behandlung angeordnet hatten, zuverlässig glaubten, sie werde wieder genesen; bald aber fiel sie in ihren früheren Zustand zurück, und am Ende der Woche starb sie unter den Symptomen der Erschöpfung. Bei der Eröffnung der Schädelhöhle fand man nichts weiter, als in den Ventrikeln etwas mehr Serum, als gewöhnlich.

Fünfter Fall. (Gooch.)

Ein Kind von 10 Monaten, das seinem Alter nach nicht klein, und früher auch nicht schwach gewesen war, wurde von einer Krankheit befallen, welche der Hausarzt für eine Kopfaffektion erklärt hatte, und man war eben im Begriff, deshalb Blutegel anzusetzen. Als Gooch das Kind sah, fand er dasselbe, auf dem Schoosse der Wärterin liegend, in einem somnolenten Zustande mit halb geschlossenen Augen, blassem Gesichte, schwachem Pulse und ohne alle Fiebersymptome. Er erklärte dem anwesenden Arzte, dass er von der Natur der Krankheit eine ganz verschiedene Ansicht habe, dass die Blutentziehung nur den Zustand des Kindes verschlimmere und unfehlbar den Tod zur Folge haben werde, dass dagegen stimulirende und nährende Mittel diejenigen wären, von welchen allein die Besserung und endliche Genesung des kleinen Kranken zu erwarten sei. Der Arzt willigte ein, die Blutegel wegzulassen und den von G. empfohlenen Plan zu befolgen. Es wurde daher verordnet, dem Kinde nichts Anderes zu geben, als Eselinnenmilch, und ausserdem alle 4 Stunden 10 gutt. des *Spirit. Ammonii aromaticus* in irgend einem schleimigen Vehikel. Am nächsten Tage bewies das Aussehen des Kindes, dass das angeordnete Heilverfahren passend und zweckmässig gewesen sei; es

besserte sich nun von Tage zu Tage, und unter dem fortgesetzten, jedoch sparsameren Gebrauch des Ammoniums war es in kurzer Zeit vollkommen wieder hergestellt.

Sechster Fall (von Tweedie).

„Vor einiger Zeit", sagte T., „wurde ich von einem achtbaren Arzte ersucht, ein Kind anzusehen, welches, wie er glaubte, in Folge eines Ergusses ins Gehirn, im Sterben läge. Als ich ankam, fand ich ein kleines, 4 Monate altes Kind in einem Zustande vollkommenen Koma's, aus dem es nicht erweckt werden konnte. Als es die Augenlider erhob, fand ich die Pupillen normal, die Augen aber etwas trübe; der Puls war frequent und schwach, die Respiration beschleunigt, bisweilen unterbrochen und seufzend; der Darmkanal war offen, die Ausleerungen bestanden hauptsächlich in Schleim. Auf Befragen erfuhr ich über den Fall folgende Einzelnheiten: Die Mutter hatte das Kind, welches damals vollkommen gesund war, nachdem sie einen Ammendienst angenommen, einer anderen Frau übergeben, die eben ihr eigenes, 9 Monate altes Kind entwöhnt hatte. Bald darauf fing das Kind an zu kränkeln und es stellte sich Durchfall ein, und da es nach einiger Zeit nicht besser wurde, so brachte man es zu einer Verwandten, die es zu päppeln versuchte. Man bemerkte bald, dass es sich bei dieser Ernährungsweise erholte, obgleich die Diarrhoe trotz aller dagegen angewandten Mittel fortdauerte. Etwa 10 Tage nachher wurde das Kind wieder mürrisch und unwohl, dann folgte allmälig Koma, und 9 Tage nachher, etwa 12 Stunden nach meinem Besuche, starb das Kind. Die Sektion wurde nicht gestattet."

Zweite Nachricht über das Kinderhospital zu St. Petersburg, vom Direktor und Oberarzte desselben, wirkl. K. russ. Staatsrathe Dr. J. F. Weisse, Ritter etc. daselbst.

In dem 6ten Bande der vermischten Abhandlungen aus dem Gebiete der Heilkunde von einer Gesellschaft praktischer Aerzte zu St. Petersburg, 1842, gab ich die erste Nachricht über das unter meiner Leitung stehende St. Petersburgische Kinderhospital. Dieselbe enthielt, nebst der Entstehungsgeschichte der Anstalt, und einer kurzen Beschreibung ihrer Lokalitätsverhältnisse, sechs Jahresberichte, welche

den Zeitraum vom 6. Dezember 1834 bis zum 1. Januar 1841 umfassten. Seitdem sind schon wieder zwei Jahre verstrichen, welche so manches Bemerkenswerthe gebracht haben. Ich halte es deshalb für meine Pflicht, abermals öffentlich Rechenschaft über unser Thun und Treiben abzulegen, und wähle dazu diese neue Zeitschrift um so lieber, da dieselbe die Kinderkrankheiten allein zum Gegenstande hat, und wegen der Lücke, die sie im weiten Gebiete der Journalistik ausfüllt, eine grosse Verbreitung erwarten lässt.

Siebenter Jahresbericht

vom 1. Januar 1841 bis zum 1. Januar 1842.

Krankheitskonstitution.

In den beiden ersten Monaten waren nervöse Fieber vorwaltend, welche besonders im Januar manche Opfer kosteten. Diese nervöse Krankheitstendenz war auch Ursache, dass das ziemlich häufig vorkommende Scharlach sich in den meisten Fällen recht bösartig gestaltete. Vom Monate März an mischte sich dieser Konstitution ein deutlicher Gastrizismus bei, welcher bis zum Oktober fortdauerte, vorzüglich aber im September vorherrschte, wo uns so manche Kranke mit gastrisch-nervösen Fiebern in dem hoffnungslosesten Zustande gebracht wurden. Die drei letzten Monate im Jahre gaben den Krankheiten bald einen katarrhalischen, bald einen rheumatischen Anstrich. Das Scharlach, welches zu Anfange des Jahres sich gezeigt, erschien im August wieder und zog sich durch die Wintermonate hindurch, war aber jetzt minder bösartig, als damals.

Im Ambulatorium wurden 4218 Kranke behandelt. Die am häufigsten vorgekommenen Krankheitsformen waren: Skrophulosis (460), Atrophie (451), Skabies (280), Rhachitis (216), Syphilis (143), Pertussis (94), Hydrocephalus und Eklampsie (64). Unter den selten zur Behandlung gekommenen Krankheiten sind vorzugsweise zu nennen: Konvulsionen (23), Pemphigus (18), Krup (14), *Ophthalmia neonatorum* (10), *Asthma spasmodicum* (9) und Noma (8). Zu den angeborenen Uebeln, für die man ärztliche Hülfe in Anspruch nahm, gehörten Hydrocele (23), *Labium leporinum* (2), *Anus imperforatus* (2), *Pes varus* (2), Hypospadiasis (1) und *sex digiti in utraque manu* (1). Der Bemerkung werth dürfte es sein, dass unter den mehr als 4000 kranken Kindern, welche uns ambulatorisch

zugeführt wurden, nur vier Fälle von *Febris intermittens* vorkamen, und ferner, dass wir bei einem zweiwöchentlichen Knaben eine Hämaturie zu beobachten Gelegenheit hatten.

Das bis dahin bestandene sogenannte Poliklinikum (Krankenbehandlung in den Häusern) ward mit dem Anfange des Jahres 1841 aufgehoben. Die hauptsächlichsten Gründe, die mich dazu bewogen, waren folgende:

1. Die Entfernungen in der Stadt sind nicht selten von der Art, dass es einem Arzte unmöglich ist, allen Forderungen Genüge zu leisten. Dieser Uebelstand macht sich besonders bemerkbar, wenn es sich um von einander entfernt wohnende Kranke handelt, welche den täglichen Besuch des Arztes erheischen. Daher nicht selten der Eltern Klagen über Vernachlässigung ihrer kranken Lieblinge mir zu Ohren kamen, ohne dass ich mit Grund dem für das Polikliuikum nur spärlich besoldeten Arzte darüber Vorwürfe machen konnte. Von der anderen Seite aber mussten die in ihren Erwartungen getäuschten Eltern eine schiefe Meinung von unserem Hospitale im Publikum erwecken, besonders, weil es sich hier um unentgeltliche Hülfsleistung handelte.

2. Nicht selten fand der Arzt bei seinem zweiten Besuche eines sehr entfernt wohnenden Kranken, dass die von ihm verordnete Arznei nicht da war, weil es an einem Boten gefehlt hatte, welcher dieselbe aus unserer Anstalt hätte abholen können. In einem solchen Falle ist es viel zweckmässiger, sich an den Stadttheil-Armenarzt zu wenden, welchem es freisteht, aus der nächsten Apotheke unentgeltlich zu verschreiben.

3. Es erwuchsen endlich aus dieser philanthropischen Einrichtung unsers Hospitals für dasselbe selbst sehr grosse Nachtheile. Jedermann wollte sein Kind in dem Schoosse der Familie behandeln lassen, so lange noch keine bedeutende Gefahr zu bemerken war. Trat eine solche aber ein, so ward der Kranke am Ende doch zu uns geschickt, und so geschah es denn nicht selten, dass man uns fast sterbende Kranke brachte, die eine lange Zeit schon zu Hause von unserer Anstalt aus behandelt worden waren. Dadurch musste natürlich aber unsere Sterblichkeitsliste zum grossen Nachtheile der Anstalt ausfallen.

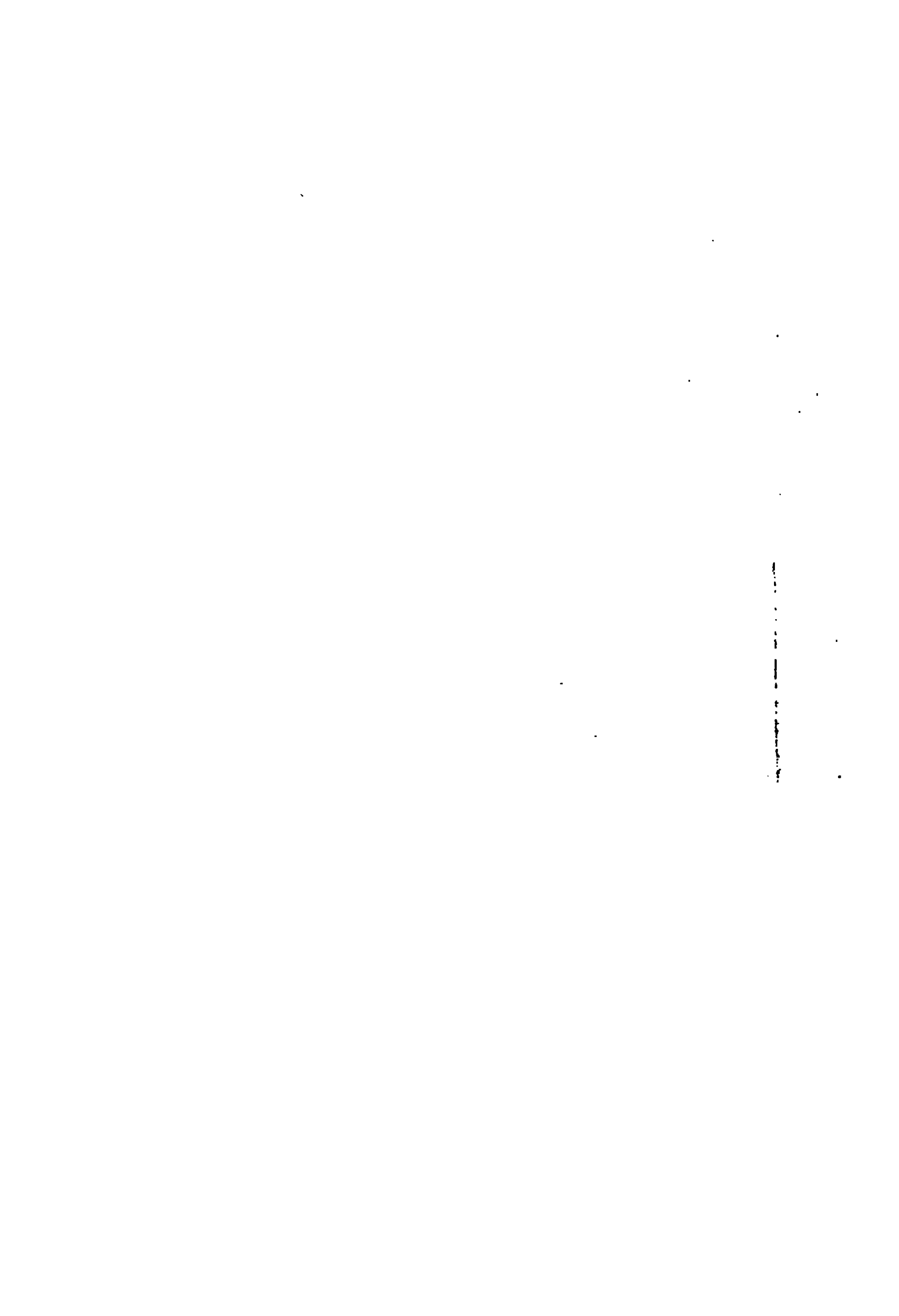
Es wurden im Laufe des Jahres 73 Kindern die Schutzpocken eingeimpft und 8 wichtigere Operationen verrichtet: 6 Mal der Seitensteinschnitt und 2 Mal die Hasenscharten-Operation. Letztere bei einem 6monatlichen Kinde weiblichen Geschlechts und einem 11jäh-

rigen Knaben, welcher zugleich mit einem gespaltenen harten Gaumen behaftet war — bei Beiden mit gutem Erfolge. Von kleineren vorgefallenen Operationen führe ich nur die Absetzungen dreier zerquetschter Finger und eines Daumens an. Beide Fälle betrafen 14jährige Knaben, welche sich im Radgetriebe einer Fabrik die Verletzungen zugezogen hatten.

Mortalität und Genesungsverhältniss. Von 798 im Hospitale als stationär behandelten Kindern starben 143, also fast 18 pCt.; vollkommen geheilt wurden 561, mithin 70⅕ pCt. Das Verhältniss der Genesenen zu den Gestorbenen war folglich wie 100:25½. Die mittlere Aufenthaltszeit betrug für beide Geschlechter zusammen gerechnet circa 36 Tage; für die Knaben besonders aber nur 35, während für die Mädchen 36½ Tage. (S. die Kranken-Tabelle.)

Merkwürdige Krankheitsfälle.

1. Gangrän. Der Brand der Zehen und selbst ganzer Füsse kommt nicht so gar selten als Ausgang typhöser Fieber in Hospitälern für Erwachsene vor. Bei Kindern hatte ich ihn bisher noch nicht beobachtet; in diesem Jahre aber boten sich uns zwei solcher Fälle dar. Beide kamen im Januar vor und betrafen 13jährige Knaben, welche schon lange Zeit zu Hause krank gelegen hatten, ehe sie uns zugeführt wurden. — Der erste von ihnen, im höchsten Grade abgezehrt und mit einem trockenen Husten behaftet, konnte wegen einer bedeutenden ödematösen Anschwellung des rechten Beines nicht auftreten. Bei der Untersuchung desselben entdeckten wir, dass die vordersten Phalangen sämmtlicher Zehen von trockenem Brande ergriffen, schwarz und völlig empfindungslos waren. Pat., der übrigens nicht fieberte und ziemlich guten Appetit hatte, erhielt ein *Inf. rad. Serpent.* mit *Extr. Chin. frig. parat.* und *Spir. nitr. dulcis* — zum Verbande der brandigen Zehen ward *Ol. terebinth.* und zum Einreiben des ganzen Beines *Spir. camphor.* verordnet. Nach 14tägigem Gebrauche dieser Mittel schien sich der Allgemeinzustand zu bessern — da traten aber fieberhafte Symptome ein, mit diarrhöischen Stuhlausleerungen, welche des Kranken letzte Kräfte so schnell aufrieben, dass er nach 2 Mal 24 Stunden schon verschied. Der Brand hatte unterdessen keine weiteren Fortschritte gemacht, und es konnte, ausser einer grossen Empfindlichkeit des sehr eingezogenen Unterleibes, kein sonstiges Lokalleiden entdeckt werden. — Der zweite Kranke trat hydropisch und mit kolliquativer Diarrhoe ins Hospital. Bei kaum wahr-



zunehmendem Pulse war die Zunge glänzend roth und trocken, der ganze Körper mit Petechien bedeckt. Beim Entkleiden des Kranken entdeckte man, dass an beiden Füssen mehrere Zehen in Brand übergegangen waren. Flüchtige Reizmittel, Moschus und Wein schienen die erlöschende Lebensflamme auf Augenblicke wieder anzufachen — der Tod trat aber schon nach Ablauf zweier Tage ein. An demselben Tage, als der erste dieser Kranken starb, wurde ein 12jähriger Knabe, welcher schon mehrere Wochen in seiner Wohnung ohne ärztliche Hülfe krank gelegen hatte, in folgendem Zustande zu uns gebracht: Adynamisches Fieber, kolliquativer Durchfall, angreifender Husten, Petechien mit Vibices untermengt, Oedem und Gangrän des Skrotums. Unter der Anwendung von Nervinis, Wein und China schien Pat. sich aufraffen zu wollen, — die Petechien verschwanden, der Brand am Skrotum begrenzte sich und es trat daselbst kräftige Eiterung ein; die Diarrhoe indessen dauerte nicht nur fort, sondern ward mit jedem Tage stärker. Es stellte sich endlich Oedem der Füsse ein, und am 14ten Tage der Behandlung erfolgte ein sanfter Tod.

Ich erzähle voranstehende Krankheitsfälle, einmal um die bösartige Krankheitskonstitution des Januar zu konstatiren, dann aber auch, um zu zeigen, in welchen verzweifelten Zuständen uns, leider! die Kranken zugeführt werden.

2. Syphilis. Wie überaus glücklich wir in der Behandlung syphilitischer Uebel bei Kindern sind, seitdem ich fast ausschliesslich Gebrauch vom Sublimat nach der bekannten Dzondi'schen Methode mache, kann ich nicht sattsam genug hervorheben, um andere Kinderärzte zur Nachahmung aufzufordern. Zur Bestätigung des hier Gesagten will ich nur zwei Krankheitsfälle mittheilen, weil man bei ihnen leicht das Grundübel, die Syphilis, hätte übersehen können.

a) *Caries syphilitica.* Ein 7jähriges Mädchen wurde uns wegen eines schon sehr lange bestandenen Geschwürs am rechten Ellbogen zur Behandlung übergeben. Die Untersuchung mit der Sonde zeigte eine weit ausgedehnte kariöse Knochenzerstörung. Nachdem mehrere innere und äussere Mittel ohne Erfolg gebraucht worden waren, fielen mir eines Tages einige leichte Exkoriationen an den Nasenflügeln auf, und erregten um so eher den Verdacht auf syphilitische Dyskrasie, als ich erfuhr, dass ihre jüngere Schwester an *Syphilis congenita* in unserem Ambulatorium behandelt werde. Es ward daher sogleich eine Sublimatkur nach Dzondi's Methode ange-

ordnet. Pat. fing mit $\frac{1}{20}$ Gr. an und stieg einen Tag um den andern mit $\frac{1}{40}$ Gr. Nachdem wir auf $\frac{1}{8}$ Gr. pr. dosi gekommen waren, stiess sich ein grosses Knochenstück ab, und nun lag ein tiefes Loch am Olekranon vor uns. Die Kranke, deren bisher leidend aussehendes Antlitz von Tag zu Tag ein frischeres Aussehen gewann, stieg bis zu $\frac{1}{2}$ Gr. Sublimat pr. dosi, brauchte nachher noch ein Dekokt der Sarsaparille und verliess völlig genesen die Anstalt, wo sie sich $4\frac{1}{2}$ Monate lang aufgehalten hatte.

b) *Impetigo syphilitica.* Ein 13jähriges Mädchen, welches mit einem von einzelnen eiternden Pusteln und runden erhabenen Flekken von dunkler Kupferfarbe untermengten, impetiginösen Ausschlage, der nach Aussage ihrer Mutter schon vom 2ten Lebensjahre an bestanden haben sollte, bei uns abgegeben ward, wurde in Zeit von $3\frac{1}{2}$ Monaten auf dieselbe Weise vollkommen geheilt. Pat. stieg aber allmälig bis auf ein ganzes Gran Sublimat pr. dosi, und dann wieder bis zu $\frac{1}{2}$ Gran herab.

Seutin [1]) in Wien hat neuerdings eine von ihm ersonnene Schmierkur veröffentlicht, welche er auch bei syphilitischen Kindern mit gutem Erfolge in Anwendung gebracht zu haben versichert. Dies erinnert mich an folgenden Fall, wo auch wir durch Einreibungen mit der grauen Quecksilbersalbe völlige Heilung einer inveterirten *Lues venerea* erzielten. Gegenstand dieser Beobachtung war ein 13jähriges Mädchen von schwacher Konstitution, an welchem sich die Seuche durch folgende Symptome kund that: Wunde Mundwinkel, mehrere Gummata an der Stirne, einige phagedänisch aussehende Geschwürchen am Körper, und nächtliche Knochenschmerzen in den hoch aufgetriebenen Tibien, welche schon seit mehreren Monaten die Kranke der nächtlichen Ruhe beraubt hatten. Die schwächliche Konstitution und das Knochenleiden bestimmten mich zu einem Versuche mit Quecksilber-Einreibungen. Nachdem Pat. acht Tage lang täglich ein lauwarmes Bad, und während dieser Zeit zwei Abführungen genommen hatte, liess ich einen Tag um den andern eine ganze Drachme *Ung. neapolit.*, mit den dazu bestimmten Körpertheilen wechselnd, verreiben. Nach 20 Einreibungen waren alle syphilitischen Symptome bis auf die Exostosen der Tibien verschwunden, Pat. bekam nicht die geringste Salivation, und nahm an Kräften sehr zu. Ein *Decoct.*

---

1) Siehe Oesterr. mediz. Wochenschrift 1842. No. 13, wie auch Schmidt's Jahrb. der in- und ausländ. ges. Medizin 1842. Band 35. Heft 3. pag. 313 seqq.

rad. Sarsapar., wiederholte lauwarme Bäder, und ein aus gleichen Theilen *Empl. mercur.* und *Cicut.* bereitetes Pflaster zur Bedeckung der Tibien machten auch diese Knochen-Auftreibungen fast gänzlich verschwinden, so dass Pat. nach einem Aufenthalte von 3 Monaten als gesund entlassen werden konnte.

In meinem vierten Jahresberichte am angeführten Orte erzählte ich eine durch das Goldoxyd erlangte Heilung einer *Psoriasis guttata syphilitica.* Das Jahr 1841 gab mir Gelegenheit, das Mittel in einem ähnlichen Falle zu erproben. Der Fall betraf ein 13jähriges Mädchen, welches über dem ganzen Körper (selbst das Gesicht nicht ausgenommen) mit grösseren und kleineren, rund umschriebenen Flekken von dunkelrother Farbe und, besonders in ihrer Mitte, mit zarten silberweissen Schuppen bedeckt, behaftet war. Pat., von kräftiger Konstitution, gab an, dass sie mit diesem Ausschlage schon seit mehreren Jahren sich herumtrage. Da der innere Gebrauch des Sublimats und derlei Bäder in Zeit von 4 Wochen keine Aenderung hervorbrachten, so nahm ich meine Zuflucht zum Goldoxyd. Die von mir zu Grunde gelegte Formel war: *Oxyd. Auri* gr. ij, *Extr. cort. Mezer.* ℨij. M. f. c. q. s. *Pulv. rad. Liquirit. pil.* No. LX. Von diesen Pillen erhielt die Kranke anfänglich nur eine einzige täglich, und stieg alle 3 Tage um eine Pille. Schon nach 14tägigem Gebrauche glaubten wir zu bemerken, dass die Flecke stärker abschuppten und blässer wurden. Nachdem Pat. in Verlauf von zwei Monaten bis auf 11 Pillen [1]) für den Tag gestiegen war, hatte sich das Hautübel schon um ein Bedeutendes verringert; wir mussten jedoch jetzt von dem Fortgebrauche der Pillen auf einige Zeit abstehen, weil sich sehr heftige, scheinbar rheumatische Schmerzen im ganzen Körper einstellten. Da sich dieselben aber nach 5 Tagen wieder verloren hatten, setzten wir unsere Behandlung da fort, wo wir stehen geblieben waren, d. h. die Kranke erhielt 12 Pillen auf den Tag. Weil aber nach 14 Tagen, während welcher Zeit sie zwei Mal zu 12, ein Mal zu 13 und endlich zu 14 Pillen genommen hatte, jene Schmerzen abermals und in verstärkterem Grade auftraten, setzten wir das Mittel gänzlich bei Seite und verordneten nebst lauwarmen Bädern ein Dekokt aus den *Spec. Lignor.* Die erwähnten Schmerzen verloren sich nun zwar aus dem übrigen Körper, fixirten sich aber in den Waden und ganz beson-

1) Als sich die Zahl der täglich zu verschluckenden Pillen mehrte, wurden sie in zwei bis drei getheilten Dosen gereicht.

ders in der Gegend des inneren Knöchels des linken Fusses, so dass Pat. mit diesem nicht auftreten konnte. Es ward ein Schwefelbad verordnet. Jetzt stellten sich aber blutendes Zahnfleisch und andere skorbutische Symptome ein. Diese wurden durch eine antiskorbutische Diät und den inneren Gebrauch der Phosphorsäure allmälig beseitigt, Pat. erhielt zuletzt noch ein kalt bereitetes China-Infusum, und verliess uns, völlig von ihrem Hautübel befreit, nachdem sie 7 Monate lang bei uns behandelt worden war. Sie hat während dieser Zeit einen vollen Skrupel des Goldoxyds verbraucht.

3. *Chorea St. Viti.* Nach den bei uns gemachten Erfahrungen scheint mir das kohlensaure Eisen fast ein Spezifikum gegen diese Krankheit zu sein, wenn derselben nicht ganz besondere materielle Ursachen zu Grunde liegen. In unserer Anstalt wenigstens werden die meisten derartigen Kranken damit geheilt. Als besonders bemerkenswerth hebe ich nur einen Fall hervor, welcher ein 11jähriges, hübsches und blühendes Mädchen betraf. Die Kleine war schon seit mehreren Jahren mit unwillkührlichen Bewegungen des Kopfes, Zukkungen der Gesichtsmuskeln und den so charakteristischen St. Veitstanzartigen Schwankungen in den Extremitäten behaftet. Sie erhielt das *Ferr. carbon.* anfänglich nur zu 10 Gr., aber allmälig steigend endlich zu 2 Drachmen zwei Mal täglich, und wurde in Zeit von 6 Wochen geheilt, nachdem sie mehr als 1 Pfd. verzehrt hatte.

Ich kann nicht umhin, hier gegen Dr. Mansfeld in Braunschweig [1]) die Bemerkung anzureihen, dass der St. Veitstanz bei uns in den allerwenigsten Fällen eine Entwickelungskrankheit sei, oder mit der Menstruation in Beziehung stehe, sondern grösstentheils einem Schreck seine Entstehung verdankt, und auch nicht selten bei Knaben vorkommt.

4. Exantheme. a) Kritische Krätze. In meiner ersten Nachricht über das St. Petersburgische Kinderhospital erwähnte ich, dass bei uns jährlich einige Fälle vorkommen, wo mit dem Ausbruche früher dagewesener und durch Salben mancherlei Art zurückgedrängter Krätze bedeutende Krankheiten verschwanden. Zwei solcher Fälle ereigneten sich auch in diesem Jahre; — beide betrafen zwölfjährige Knaben. Einer von ihnen hatte schon mehrere Wochen lang krank gelegen und ward höchst elend zu uns gebracht. Seine Hauptklage war anhaltender Kopfschmerz. Nachdem er eine Woche hindurch nur

---

1) S. Oppenheim's Journal, 21. Band, 1. Heft, pag. 110.

die *Aq. oxymur.* gebraucht hatte, brach an den Händen eine trockne Krätze hervor, und nun erholte sich Pat. sehr rasch, musste aber des Ausschlages wegen, welcher durch Schwefelleber-Bäder und den inneren Gebrauch der *Flor. sulph.* geheilt ward, noch 2 Monate im Hospitale bleiben. Der zweite trat mit Ikterus in die Anstalt, und klagte bei unbedeutendem Fieber über zeitweise Schmerzen im rechten Hypochondrium. Es ward ihm ein *Inf. rad. Ipecac.* mit *Pul. Tamarind.* verordnet; indessen brach schon am vierten Tage seiner Aufnahme die Krätze hervor, wobei Pat. sich um vieles besser befand. Allmälig schwanden nun, je mehr sich die Krätze verbreitete, die angegebenen Krankheitssymptome, und nach sechswöchentlichem Gebrauche des Schwefels, innerlich und äusserlich, verliess Pat. vollkommen genesen die Anstalt.

b) Masern nach Scharlach. Solches ereignete sich drei Mal im Verlaufe des Jahres. 1) Ein 3jähriger Knabe, welcher das Scharlach bei uns durchgemacht hatte, durch nachfolgende Stomakace und während der Krankheit entstandene Submaxillardrüsen-Geschwülste aber noch einige Wochen in der Anstalt verbleiben musste, erkrankte plötzlich mit einem heftigen Fieber, starkem Husten und anderen katarrhalischen Symptomen, denen sich Diarrhoe und leichte Delirien hinzugesellten. Zwei Tage darauf brachen Masern aus, von welchen Pat. in einigen Wochen hergestellt war. — 2) Ein 5jähriges Mädchen, welches bei uns ein leichtes Scharlach überstanden hatte, bekam in der dritten Woche eben so leichte Masern, von denen es in kurzer Zeit genas. — 3) Ein 7jähriger Knabe, der nach einem sehr heftigen Scharlach in allgemeine Hautwassersucht verfiel, welche sich später mit Aszites und Diarrhoe komplizirte, ward in der sechsten Woche, wo er sichtlich der Genesung entgegen ging, plötzlich von heftigen katarrhalischen Symptomen ergriffen, denen bald darauf Masern folgten. Die vorher bestandene Diarrhoe ward jetzt heftiger, es bildete sich Dekubitus aus, und nach 3 Wochen erfolgte der Tod.

Alle diese Fälle ereigneten sich um die Mitte des Februar-Monats, wo wir gerade einige Masernkranke im Hospitale hatten.

c) Pocken nach Scharlach. Zwei Mal hatten wir Gelegenheit, die baldige Aufeinanderfolge dieser beiden Exantheme zu beobachten: bei einem 10jährigen Knaben und einem 8jährigen Mädchen. Ersterer, welcher den 30. August mit Scharlach eingetreten war und nach 14 Tagen eine ausserordentlich starke Abschuppung der Haut zeigte, wurde am 28sten Tage seiner Aufnahme, nach vorhergegan-

genem unbedeutenden Unwohlsein, von Varioloiden befallen, deren Anzahl sich auf viele Hunderte belaufen mochte, dennoch aber einen so raschen Verlauf nahmen, dass Pat. bald die Anstalt verlassen konnte. — Das Mädchen, den 8. Oktober mit Scharlach aufgenommen, erlitt nach 14 Tagen, wo sich eine lebhafte Desquamation eingestellt hatte, Stomakace und Oedem der Füsse. Den 26. Oktober, also 18 Tage nach ihrem Eintritte in die Anstalt, ward Pat. Nachts von einem heftigen Fieber ergriffen, welches sich Tags darauf erneuerte und am 3ten Tage von einem variolosen Exantheme gefolgt war. Die Pockenpusteln wollten sich in den nächsten Tagen nicht recht füllen, es stellte sich Diarrhoe mit grosser Hinfälligkeit ein, und schon am 14ten Tage nach dem ersten Auftreten des Fiebers erfolgte der Tod.

d) Pocken bei Skrophulösen. Es kam drei Mal vor, dass Kinder, welche von Skropheln durchseucht im Hospitale lagen, von Pocken befallen wurden. 1) Ein 7jähriges Mädchen, in hohem Grade skrophulös und mit Krätze behaftet, trat den 2. Juli ins Hospital und erkrankte den 13. August Abends mit Erbrechen, ohne dass ein Grund dazu entdeckt werden konnte. Am folgenden Tage fieberte Pat., klagte über Brustweh und zeigte auf dem ganzen Körper ein den Ausbruch irgend eines Exanthems andeutendes Erythem. Am 15ten wiederholte sich das Erbrechen und es brachen Varioloiden hervor, welche einen raschen Verlauf nahmen. In der Rekonvaleszenz bildete sich ein Abszess auf dem Kopfe und ein anderer am rechten untern Augenlide aus. Jenem folgte *Tinea capitis*, diesem eine Thränenfistel, und zu beiden gesellte sich von Neuem die während des Pockenprozesses zurückgedrängt gewesene Krätze. Später trat unter skorbutischen Symptomen eine heftige Diarrhoe hinzu. Dennoch konnte Pat., von allen Uebeln, bis auf die Thränenfistel, geheilt, am Schlusse des Jahres aus der Anstalt, wo sie fast ein halbes Jahr zugebracht hatte, entlassen werden. 2) Einen 12jährigen höchst skrophulösen Knaben befiel am 11ten Tage seiner Aufnahme, den 1. September, heftiges Fieber und Erbrechen. Am 3ten d. M. steigerte sich das Fieber bedeutend, die Haut war brennend heiss anzufühlen, und man musste ein Exanthem erwarten, welches auch unter der Form von Variola ausbrach. Die Pockenpusteln wollten sich in den nächsten Tagen aber nicht gehörig füllen, es bildete sich Stomakace aus und schon am 8ten erfolgte der Tod, nachdem Tags zuvor dem Kranken ein abgestorbener Spulwurm abgegangen war. 3) Ein 4jähriger Knabe, welcher früher an Krätze gelitten, von derselben aber durch mancherlei Salben zu

Hause befreit worden war, trat am 2. Oktober wegen *Tinea capitis* und eines über einen grossen Theil des Körpers verbreiteten skrophulös-herpetischen Ausschlages in das Hospital. Nachdem er etwa 14 Tage da gewesen, ward er eines Tages von einem heftigen Fieber mit starkem Kopfweh befallen, worauf nach einigen Tagen Pocken zum Ausbruche kamen, welche aber, gleichwie bei dem vorerwähnten Knaben, nicht recht aufblühen wollten und den Knaben nach 14 Tagen dahin rafften.

Dass alle fünf Kinder bei uns von den Pocken angesteckt worden, ist mir höchst wahrscheinlich, obgleich wir im ganzen Jahre nur zwei Pockenkranke von aussen her aufgenommen haben, wie aus der Krankentabelle erhellt. Es war jedoch einer von ihnen, ein 7jähriger Knabe, den 25. Juli mit höchst malignen Pocken zu uns gekommen, an welchen er schon den 30sten d. M. starb. Die erste bei uns mit Pocken befallene Kranke zeigte aber den 13. August die ersten Symptome der Ansteckung. Von dieser konnte die Ansteckung um so leichter fortgepflanzt werden, da sie sich so lange in der Anstalt aufhielt. Dass der obenerwähnte Knabe, welcher nach beendetem Scharlach von Varioloiden heimgesucht ward, in dem Hospitale angesteckt worden, unterliegt keinem Zweifel. Er wurde nämlich als vom ersten Ausschlage rekonvaleszirend in ein Stübchen gebettet, wo vorher zwei Varioloid-Kranke gelegen hatten, die erst vor 8 Tagen aus dem Hospitale entlassen worden waren. Das Bettzeug war natürlich erneuert worden und das Zimmer mehrere Tage lang gelüftet gewesen, ein Fingerzeig, wie gross die Vorsicht bei Blattern sein müsse. Ich muss noch bemerken, dass die drei als Opfer gefallenen Kranken wahrscheinlich nicht vakzinirt gewesen, bei den andern fanden wir deutliche Narben der vorangegangenen Vakzination.

5. Lithiasis. Schon oben habe ich erwähnt, dass im Laufe des Jahres 6 Steinschnitte gemacht worden sind. Von diesen endeten zwei mit tödtlichem Ausgange. Der erste dieser Fälle betraf einen 3jährigen Knaben, bei dem sich Eiter-Infiltration und Brandigwerden der Wunde einstellten. Da er von den Angehörigen nach Hause genommen ward und daselbst gestorben ist, so konnten wir uns von der eigentlichen Ursache des unglücklichen Ausganges durch die Sektion nicht belehren. — Der zweite Fall ereignete sich bei einem 14jährigen Bauerknaben, welcher schon seit mehreren Jahren an mancherlei Beschwerden gelitten hatte, die offenbar auf einen Blasenstein hindeuteten. Derselbe starb acht Wochen nach gemachter Lithotomie. Bei der Autopsie

fanden wir die rechte Niere zum Theil entzündet und mit einer Menge grösserer und kleinerer Steine angefüllt.

Dass wir bisher beim Steinschnitte in den meisten Fällen glücklich gewesen sind, wenn nicht besondere Komplikationen störend dazwischen traten, daran hat gewiss die bei uns, grösstentheils unter der Leitung unseres konsulirenden Arztes, des Herrn Leibmedikus Dr. Arendt, sorgfältig beobachtete Nachbehandlung grossen Antheil. Auch in diesem Jahre hatten wir einen klaren Beweis davon. Bei einem 8jährigen Knaben, dem zwei sehr harte Steine, von $2\frac{1}{4}$ und $\frac{5}{4}$ Drachmen Gewicht, durch die Operation entnommen worden, entspann sich wenige Tage nach derselben ein lebhaftes Fieber mit Schmerzen im Unterleibe und Diarrhoe. Pat. erhielt sogleich ein ***Decoct. rad. Althaeae*** mit ***Aq. Laurocerasi*** und von Zeit zu Zeit kleine Gaben Kalomel, zum Getränk eine Leinsamen-Abkochung. Auf den Unterleib wurden nach vorhergegangenen Einreibungen mit dem ***Ung. neapolit.*** narkotisch-erweichende Kataplasmen gemacht. Da sich am folgenden Tage Schmerzen in der Blasengegend zeigten, wurden daselbst Blutegel gesetzt. Die Schnittwunde nahm aber am 6ten Tage nach der Operation ein brandiges Aussehen an, weshalb sie mit einer Salbe aus ***Balsam. peruvianus*** und Eigelb verbunden wurde. Unter dem Gebrauche obiger Mittel ergoss sich am 20sten Tage nach der Operation eine grosse Menge Eiter aus der Wunde — es hatte sich wahrscheinlich ein Abszess in der Prostata gebildet. Jetzt ward innerlich ein ***Decoct Chin. clarificatum*** mit ***Aq. Cinnamomi, Muc. Gumm. arabici*** und ***Acid. phosphor.*** und ausserdem lauwarme Bäder verordnet. Später erhielt Pat. ein Dekokt von Isländischem Moose und zum Getränk ***Aq. Calcis*** mit Milch. Die Wunde ward jetzt mit einer Chlorsalbe verbunden. Unter dieser Behandlung genas Pat. vollständig und wurde nach einem Aufenthalt von $2\frac{1}{2}$ Monaten aus der Anstalt entlassen.

Von den übrigen durch den Steinschnitt geheilten Kranken will ich nur noch eines 10jährigen Knaben erwähnen, bei welchem Herr Prof. Dr. Salomon auf dem Wege der Lithotritie die Heilung versuchte. Die grosse Unruhe und die ausserordentliche Empfindlichkeit des Knaben bewogen ihn jedoch, von dieser Operationsmethode, welche er überhaupt bei Kindern in den wenigsten Fällen für statthaft hält, nach 2 Sessionen abzustehen. Nach einer Ruhe von einigen Tagen machte derselbe die ***Sectio lateralis*** und förderte einen Stein zu Tage, dessen harter Kern wahrscheinlich allen lithontriptischen Instrumenten widerstanden hätte. Ungeachtet der Stein durch die vorausgegangene

Lithotritie fast die Hälfte seiner konzentrisch um den Kern geschichteten Schale eingebüsst hatte, wog er doch noch an drei Drachmen. Der Operirte genas so rasch, dass er schon nach drei Wochen das Hospital verlassen konnte.

Endlich muss ich hier noch einen Fall von Blasenstein anführen, wo die Operation unterblieb, weil der Tod uns zuvorkam. Es ward uns nämlich ein Knabe von 4 Jahren zugeführt, welcher schon seit 3 Jahren an mancherlei Zufällen gelitten, die auf einen Stein schliessen liessen, der auch alsbald durch die Steinsonde entdeckt wurde. Pat., welcher noch überdies mit einem *Prolapsus ani* behaftet war, sollte nach acht Tagen operirt werden. Unterdessen stellte sich aber Fieber mit Diarrhoe und Blutharnen ein, wozu sich bald noch Schmerzen im Unterleibe und Athmungsbeschwerden hinzugesellten. Unter diesen Erscheinungen sanken die Kräfte auffallend schnell und Pat. verschied in wenig Tagen. Bei der Sektion fanden wir einen für ein Kind dieses Alters überaus grossen und harten Stein von flach-ovaler Form, welcher drei Drachmen wog und gewiss grosse Schwierigkeiten beim Steinschnitte dargeboten hätte.

Abscessus urinosus cum calculo urethrali complicatus. Auch in diesem Jahre kamen uns wie früher mehrere Fälle von Urethralsteinen, welche leicht herausgefördert wurden, zu Gesichte. Am 5. November aber ward uns ein solcher Kranker, ein 5jähriger Knabe, in folgendem Zustande gebracht: Der Penis, die rechte Hälfte des Hodensackes und die rechte Leistengegend sehr stark angeschwollen, leicht geröthet und hier und da oberflächlich exkoriirt; in letzterer Gegend deutliche Fluktuation zu fühlen. Pat., welcher übrigens kaum fieberte, war in höchster Angst und vermochte nur unter grossen Schmerzen wenige Tropfen Harn zu entleeren. Aus der Erzählung seines Begleiters entnahmen wir, dass der im Uebrigen gesund gewesene Knabe schon seit mehreren Monaten von Zeit zu Zeit an Harnbeschwerden gelitten, vor drei Tagen aber beim Uriniren plötzlich über einen heftigen Schmerz in der Harnröhre und im Perinäum geklagt habe und Tags darauf die jetzt bestehende Geschwulst entstanden sei. Schon eine oberflächliche Untersuchung setzte es ausser allen Zweifel, dass ein in der Harnröhre stecken gebliebener Stein die Ursache zu diesen Zufällen abgebe, und dass nur noch durch rasches operatives Einschreiten Rettung möglich sei. Es traf sich gerade, dass Herr Prof. Pirogoff bei der Aufnahme des Kranken gegenwärtig war, um uns mit seinem Rathe beistehen zu können. Er hatte die

Gefälligkeit, von der rechten Weichengegend aus nach der Urethra zu, einen hinlänglich langen Schnitt zu machen, um theils den dort infiltrirten Urin zu entleeren, theils um mit den nöthigen Instrumenten dem Steine beizukommen. Die Urethra, welche sich hier von dem sie sonst umgebenden Zellgewebe völlig entblösst zeigte, ward auf einer Hohlsonde bis zu dem Sitze des Steins aufgeschlitzt, welcher alsdann mit einer Kornzange hervorgeholt wurde. Pat. hatte die danauf folgende Nacht ziemlich gut geschlafen und war Tags darauf völlig fieberfrei; die betheiligten Theile aber waren immer noch sehr bedeutend angeschwollen. Nach behutsamem Ausdrücken des noch infiltrirten Urins ward die Wunde mit erweichenden Kataplasmen bedeckt. Die Nacht darauf trat heftiges Fieber mit starkem Durste und leichten Delirien ein; das Fieber hielt in den folgenden Tagen kontinuirlich an, die Zunge ward trocken, der Leib gespannt, es fand sich Diarrhoe ein, das vom Harne infiltrirt gewesene Zellgewebe ging in Brand über und unter anhaltenden Delirien verschied der Kranke am 8ten Tage seiner Aufnahme. — Der extrahirte Stein von dunkelbrauner Farbe war nicht grösser, als etwa zwei grosse Kaffeebohnen zusammengenommen, und wog nur 8 Gran, war aber rauh und eckig geformt.

6. Spondylarthrokace. Ein 14 jähriger Knabe hatte vor einem Monate, nachdem er bisher immer gesund gewesen war, eine kleine Geschwulst in der Gegend des rechten *Sterno-cleidomastoideus* bemerkt und bei Bewegungen des Kopfes Schmerzen im Nacken empfunden, ohne dass er sich irgend einer äussern veranlassenden Ursache bewusst zu sein vorgab. Etwa 14 Tage vor seinem Eintritte in unsere Anstalt war jene Geschwulst aufgebrochen und hatte viel Eiter ergossen. Der Abszess sonderte auch jetzt noch täglich eine ziemliche Menge gut aussehenden Eiters aus. Die untersuchende Sonde führte durch einen fistulösen Kanal zu den blossliegenden Halswirbeln. Die Bewegungen des Kopfes wurden von Tag zu Tag schmerzhafter; es stellte sich auch Schmerz in der linken Halsgegend ein, endlich Diarrhoe und Husten mit lenteszirendem Fieber. Nachdem der Kranke an drei Monate bei uns zugebracht, traten plötzlich pleuritische Zufälle mit grosser Brustbeklemmung ein, unter welchen er seinen Geist aufgab. Wir fanden bei der Sektion Karies des Epistropheus, wie auch des ten und 4ten Halswirbelbeins.

7. Beinbrüche. Ausser 3 Brüchen der Klavikula hatten wir ihrer 6 an andern Knochen zu behandeln, nämlich: ein Mal am Oberarm, vier Mal am Vorderarm und ein Mal am Oberschenkel.

Letztere wurden alle mit dem Seutin'schen Kleisterverbande behandelt, und bis auf den Bruch des Oberschenkels geheilt. Bei diesem musste der Verband, der vielleicht zu stark angelegt worden war, am 5ten Tage völlig gelöst werden, weil sich ein weit verbreitetes Erysipelas und hier und da Sugillationen gebildet hatten. Dem Erysipelas folgte später eine brandige Zerstörung des Zellgewebes, welche den Kranken allmälig aufrieb. Dieser unglückliche Ausgang bei der sonst so vortrefflichen Seutin'schen Verband-Methode erinnerte mich an einen ähnlichen, von Dr. Defer in Metz erzählten Fall [1]), und fordert ernstlich zur Vorsicht auf.

(Schluss im folgenden Hefte.)

II. *Analysen und Kritiken.*

Ueber den Kausalnexus zwischen Leberaffektion und Rhachitis, von James Richard Smyth, M. D. in London.

(*Miscellaneous contributions to Pathology and Therapeutics by James R. Smyth. London 1842.*)

(Analyse von Dr. Hch.)

Nachdem der Verfasser mehrere Fälle von Rhachitis mitgetheilt hat, die sich durch die von ihm für äusserst wichtig gehaltene Komplikation mit Hypertrophie der Leber auszeichneten, fährt er in folgender Weise fort:

„Die wichtigste und einflussreichste, freilich aber auch schwer zu beantwortende Frage, welche die Pathologie dieses (nämlich des ersten) Falles betrifft, ist die, welche Stelle man, bei der Analyse der so komplizirten Erscheinungen der Auftreibung der Leber anweisen soll: ob man dieselbe als Ursache oder Folge der Rhachitis oder als eine zufällig begleitende Krankheit anzusehen habe? Schon Sydenham hat die Auftreibung der Unterleibsorgane bei rhachitischen Kindern erwähnt, ohne die Leber speziell zu nennen; er scheint aber beides, sowohl die Rhachitis, als auch die Affektion der Eingeweide, als Folge intermittirender Fieber, also als eine metastatische und kritische Ablagerung der Fiebermaterie anzusehn. Kinder, bemerkt er, werden mitunter nach anhaltenden und intermittirenden Herbstfiebern hektisch; der Unterleib schwillt in diesen

1) *Gaz. méd.* 1840. No. 28. *pag.* 446. „*Observation de Gangrène à la suite du bandage amidonné.*"

Fällen an, wird hart, Husten und andre Symptome eines tabeszirenden Leidens gesellen sich hinzu. Ferner sagt er, wenn Kinder längere Zeit an Autumnalfiebern gelitten haben, so darf man nicht eher hoffen, Herr der Krankheit zu werden, als bis der Unterleib (namentlich die Milzregion) anschwillt und hart wird; in demselben Grade, wie dies Symptom an Intensität zunimmt, nimmt die Krankheit selbst ab. Vielleicht kann man meint er auf keine andere Weise sicherer voraussagen, dass die Intermittens weichen wird, als wenn man sorgfältig auf die Anschwellung des Bauches bei Kindern, und auf das Schwellen der Unterschenkel, welches zuweilen bei Erwachsenen vorkommt, Acht giebt. Die Bauchgeschwulst der Kinder nach Wechselfiebern giebt bei der Untersuchung ein Gefühl, wie wenn die Organe eine skirrhusähnliche Masse enthielten, namentlich in solchen Jahren, wo die Luftkonstitution die Neigung hat, Herbstfieber epidemisch hervorzurufen, während zu anderer Zeit die Geschwulst dem Drucke nachgiebt, als wären die Hypochondrien nur durch Gas ausgedehnt. Noch ist zu bemerken, dass die eigentliche Rhachitis selten vorkommt, ausser in solchen Jahren, wo Herbstwechselfieber epidemisch herrschen."

„Auch van Swieten hat in seinen bewundernswerthen Kommentaren zu Boerhaave's Aphorismen nicht unterlassen, die Massenzunahme der Leber als Begleiterin der Rhachitis anzuführen: die eigentliche Rolle indess, welche sie in der Pathologie dieser Krankheit spielt, hebt er nicht hervor, und weiset ihr nur die Stelle einer zur Anschwellung des Unterleibes konkurrirenden Ursache an. Oft, sagt van Swieten, wurden Kinder zu mir gebracht, die nach Aussage der Mütter an einer Anschwellung der Leber litten, während sie alle Symptome der Rhachitis darboten."

Der Verf. sucht später zu zeigen, dass in dieser Krankheit in der Leber fast immer Veränderungen von bedeutender Grösse gefunden wurden, obwohl man nachdem Tode noch andere in diesem Organe nicht entdecken konnte. Glisson äusserte sich bei Gelegenheit der Leichenöffnung rhachitischer Kinder folgendermaassen: „In allen von mir untersuchten Leichen fand ich die Leber über den Normalgrad vergrössert, aber weder von ungesunder Farbe, noch bedeutend indurirt, noch mit irgend einem andern bemerkenswerthen Fehler behaftet." Er nimmt jedoch einige Leichen davon aus, bei denen noch während des Lebens eine Komplikation der Rhachitis mit andern Krankheiten stattfand, z. B. mit Wassersucht und allgemeiner Abzehrung. Daraus ersieht man auch den Grund, weshalb die Rhachitis in England zuweilen mit dem Namen grosse Leber bezeichnet wurde. In der Grösse, Farbe, Konsistenz der Milz fand er keine Abweichung vom Normalzustande, leugnet aber nicht, dass dieselbe durch Komplikation mit andern Krankheitsprozessen bedingt werden könne (van Swieten: *Commentar. Vol. XVII. pag.* 339 und 367.)

Der Verfasser räumt zwar ein, dass seine Erfahrungen ihn nicht

berechtigen, zu bestimmen, in welchem Grade eine krankhafte Vergrösserung der Leber nebst der längere oder kürzere Zeit anhaltenden Beeinträchtigung der Gallensekretion, wodurch Verdauung und Blutbildung der Kinder gestört werden, mit der nächsten Ursache und den Erscheinungen der Rhachitis zusammenhänge; allein er weiset darauf hin, dass in den beiden ersten von ihm mitgetheilten Fällen, in welchen die Leber bedeutend aufgetrieben war, die Rückbildung dieses Organs zur Normalgrösse mit der Besserung der rhachitischen Symptome gleichen Schritt hielt; auch habe der grosse Boerhaave, bemerkt er, die nächste Ursache der Rhachitis in eine eigenthümliche träge, kalte Kakochymie, verbunden mit Atonie der festen Theile, gesetzt, eine Ansicht, welche offenbar den humoral-pathologischen Charakter an sich trägt, indem sie das *ens primum* der Rhachitis im Blute erkennt. Allerdings hat Boerhaave in mancher Beziehung Recht; allein man darf nicht vergessen, dass zum Fortbestehn der gesunden Blutmischung das harmonische Zusammenwirken einer Anzahl von Organen gehört, von denen die Leber die zweite Stelle einnimmt. Die ersten Veränderungen, welche die Speisen durch die chylopoetischen Organe erleiden, sind, wie bekannt, Folgen der Einwirkung des Magens, die nächsten gehören der Leber an. Es ist also nicht unmöglich, dass, wenn dies Organ in seiner Funktion eine krankhafte Störung erleidet, und diese während einer geraumen Zeit des kindlichen Lebens andauert, der Prozess der Assimilation und der normalen organischen Bildung bedeutend beeinträchigt werden könne. Man betrachte nur ein Kind, welches die Symptome der beginnenden Rhachitis darbietet. Zeigt es nicht eine auffallende Aehnlichkeit mit dem Zustande eines Erwachsenen, der an einer chronischen verborgenen Leberaffektion leidet? Uns wenigstens ist dies oft genug vorgekommen. Wie dem aber auch sein mag, unsre Ansicht ist die, dass der Arzt, der die in Rede stehende Kinderkrankheit von einer Affektion der Leber, und überhaupt von einer mehr oder weniger bedeutenden Störung des ganzen Verdauungsprozesses ableitet, und demgemäss auch behandelt, ohne Zweifel den Zustand seiner Patienten in allen Beziehungen bessern wird.

Es scheint hier gerade eine günstige Gelegenheit, die Aufmerksamkeit auf eine ziemlich umfassende Klasse chronischer Krankheiten zu lenken, an denen kleine Kinder, namentlich in armen Familien, nur zu häufig leiden, deren Pathologie aber noch ziemlich im Dunkeln liegt, deren Behandlung unsicher und ungenügend scheint. Wir meinen damit die verschiedenen Störungen der Assimilation und Nutrition, die

führen, welche die guten Wirkungen fester thierischer Kost zum Frühstück in eben so helles Licht setzen, und zeigen, wie erfolgreich auf diese Weise der Körper aus einem kränkelnden, schwächlichen Zustande herausgerissen und zu einem gesunden und kräftigen umgeschaffen wird."

Wenn wir nun die Beobachtungen von A. Cooper über die Rhachitis berücksichtigen, so finden wir, dass er die Ursache dieser Krankheit in den Mesenterialdrüsen sucht und auf diese Weise die ***Tabes mesenterica*** fast gänzlich mit der Rhachitis identifizirt, obwohl beide Affektionen unserer Ansicht nach, sowohl in Bezug auf ihren Ursprung, wie auf ihre Symptome überhaupt, von einander verschieden sind. In keinem einzigen der Fälle, die der Verf. beschrieben hat, konnte man eine Intumeszenz der Mesenterialdrüsen, oder auch nur eine Schmerzhaftigkeit der diesen entsprechenden Gegend des Unterleibes beim Drucke wahrnehmen. Die ***Tabes mesenterica*** beim Kinde scheint in der That mehr Analogie mit der allgemeinen Atrophie, wie sie bei Erwachsenen vorzukommen pflegt, als mit der Rhachitis darzubieten.

„Im Herbst 1837 liess ich einen kleinen Aufsatz in die „*Medical Gazette*" einrücken, in welchem ich die Existenz eines Geräusches, welches in gewissen Krankheitszuständen des kindlichen Alters die Blutzirkulation im Gehirn begleitet, darthat, so wie auch dessen Charaktere beschrieb. Ich nahm damals Gelegenheit, zu behaupten, dass ich dies auskultatorische Symptom, wo es vorkam, entweder als einen Prodrom des chronischen Hydrocephalus, oder als ein diagnostisches Kriterium für das wirkliche Vorhandensein dieser Krankheit in ihrem frühesten Stadium betrachtete. Dies Geräusch war nun, wie wir gesehn haben, in den beschriebenen 4 Fällen vorhanden, und wir haben keinen Grund, von der Meinung abzugehen, die wir bereits bei der ersten Entdeckung desselben fassten, dass es nämlich jederzeit durch eine krankhafte Aktion der Hirngefässe, in deren Folge oder Begleitung ein grösserer oder geringerer Wasserguss in dieses Organ stattfindet, hervorgebracht wird. Da diese Erscheinung für die Pathologie der Gehirnkrankheiten im kindlichen Alter ohne Zweifel von einigem Interesse, und noch dazu wenig bekannt ist, so möchten wir hierdurch gern die Aufmerksamkeit andrer Beobachter auf dieselbe hinlenken, in der Hoffnung, dass sie manchen therapeutischen Nutzen gewähren wird."

Der Verf. fürchtet schliesslich, dass man seiner Behauptung, in England der Erste gewesen zu sein, der jenes Geräusch und auskultatorische Symptom im kindlichen Gehirn beobachtete und genau be-

---

siologische und gesunde für dasselbe Organ bei andern lebenden Wesen ist." (Andral's pathologische Anatomie. Vol. I. pag. 94.)

schrieben hat, keinen Glauben schenken werde. Bald nämlich, nachdem er die Beschreibung desselben in der *„Medical Gazette"* veröffentlicht hatte, machte ihm eins der englischen medizinischen Journale den Ruhm der Priorität streitig, und behauptete, dass ein amerikanischer Arzt jenes Symptom schon vor ihm beschrieben habe. Der Verf. sagt, er zweifle nicht an der Wahrheit dieser Behauptung, versichert aber, dass er niemals eine Beschreibung des genannten Symptoms vor seiner Beobachtung gelesen habe.

Ueber die Anwendung des *Ammonium carbonicum* im Scharlach, von Dr. Rieken.

(*Mémoire sur l'emploi du Carbonate d'Ammoniaque dans la scarlatine, avec la description des épidémies qui ont regné en differents pays et dans lesquelles ce medicament a été employé, par Dr. Rieken. Bruxelles 1848.*)

(Analyse von Dr. Helfft.)

In diesem Buche finden wir alle diejenigen Fälle von Epidemieen zusammengestellt, in denen das *Ammonium carbonicum* sowohl als Präservativ gegen das Scharlachkontagium, der Belladonna ähnlich, als auch als Heilmittel von den verschiedensten Aerzten angewandt worden ist. Dieser Komplikation, welche mit grossem Fleisse durchgeführt ist, hat der Verf. mit ausführlicher Beschreibung der Symptome diejenigen Epidemieen beigefügt, in welchen er durch eigene Erfahrung von der heilsamen Wirkung des fraglichen Mittels sich überzeugt hat. Aus der Betrachtung aller dieser Fälle werden nun die Schlüsse gefolgert, welche der Verf. am Ende seiner Arbeit zusammengestellt hat.

Die Aerzte, welche sich des *Ammonium carbonicum* im Scharlach bedienen, lassen sich in 4 Klassen scheiden: die erste besteht aus denjenigen, welche das *Ammonium carbonicum* als ein wahres Spezifikum betrachten; die zweite wird von denen gebildet, die sich weder dafür noch dagegen aussprechen; zu der dritten gehören diejenigen, welche keinen Vortheil von der Anwendung des Mittels gesehen haben wollen; die vierte begreift endlich solche, welche dasselbe als ein schätzbares oder einigermassen spezifisches Heilmittel, in gewissen Formen der Skarlatina, allein angewandt oder mit anderen Heilmethoden verbunden, betrachten.

Aus der Vergleichung der mitgetheilten Fälle scheint es sich dem Verf. herauszustellen: 1) dass es keinem Zweifel unterliegt, dass es Epidemieen giebt, wo fast alle Scharlachkranken durch das *Ammonium carbonicum* und ein zweckmässiges diätetisches Regimen geheilt werden. Peart versichert, dass er das Mittel in den bösartigsten Fällen, *sub calore ardente, delirio et proclivitate ad somnum,* mit Erfolg angewendet habe.

2) Bisweilen treten Epidemieen auf, in welchen das *Ammonium carbonicum* ohne Erfolg oder ohne merklichen Erfolg angewandt wird.

3) Das sogenannte nervöse Scharlach scheint der Anwendung des Mittels am meisten zuzusagen.

4) Auch in dem sogenannten entzündlichen Scharlach und besonders in dem von Gehirnsymptomen begleiteten, scheint sich das Mittel sehr nützlich zu beweisen, und einige Aerzte wollen sogar jedes antiphlogistische Verfahren für unnöthig halten.

5) Die Gargarismata, in denen das *Ammonium carbonicum* aufgelöst ist, werden von mehreren Aerzten als ein Prophylaktikum gegen Scharlach betrachtet; Borsieri hält die mit Ammoniak bereiteten Räucherungen für ein Schutzmittel gegen die *Angina gangraenosa;* ebenso wie Neumann die Einreibungen, welche mit einer inneren antiseptischen Behandlung verbunden werden.

6) Das *Ammonium carbonicum* soll sich auch, mit zweckmässigen anderen Mittel verbunden, gegen den konsekutiven Hydrops nützlich erweisen.

7) Die Dosis, in welcher man das Mittel anwendet, richtet sich nach dem Alter der Kinder. Die beste Komposition scheint folgende zu sein:

℞ *Ammon. carbon.* ʒj — ij
solve in
Aq. destillat. ℥vj,
Syr. Alth. ℥j.

MDS. Alle 2 Stunden oder stündlich einen Ess- oder Kinderlöffel voll.

8) Die Zeit, wie lange man das Mittel fortgebrauchen lassen soll, wird von den verschiedenen Beobachtern nicht angegeben. Jedenfalls, meint der Verf., müsse man es so lange anwenden, bis jede Gefahr verschwunden ist.

Der übermässige Gebrauch der Ammoniak-Präparate ruft aber nach Trousseau und Pidoux einen sehr gefährlichen kachektischen Zustand hervor; das Blut gerinnt fast gar nicht.

9) Zuletzt frägt es sich natürlich, worauf die heilsamen Wirkungen dieses Mittels im Scharlach beruhen? Einige halten es für ein Gegengift, welches das Scharlachkontagium neutralisirt. Nach Anderen soll es auf das Nervensystem wirken; ferner krankhafte Stoffe aus dem Körper ausscheiden, da es kräftig die Haut- und Urinsekretion bethätigt und somit die Blutmischung verbessert, was auch dem Verf. die annehmbarste Erklärung zu sein scheint, weil die Symptome, mit denen das bösartige Scharlach auftritt, auf eine Intoxikation des Bluts hindeuten.

Es scheint also, meint R., eine für die Wissenschaft unumstössliche Thatsache zu sein, dass das *Ammonium carbonicum* als ein schätzbares Heilmittel im Scharlach zu betrachten ist, und dass es in hohem Grade die Aufmerksamkeit der praktischen Aerzte in Anspruch nehmen muss, obgleich es keineswegs als ein Spezifikum, welches alle Fälle heilt, zu halten ist. In den meisten Fällen hat aber wohl der Verf., wie seine Vorgänger, die mit der Anwendung des *Ammonium carbonicum* zugleich in Gebrauch gezogenen anderen Mittel zu wenig berücksichtigt, wie die Antiphlogistika, kalte Waschungen, Bäder u. s. w., welchen wohl eine kräftigere Wirkung zuzuschreiben ist, als den wenigen Gran des Ammonium, und in den mit nervösen Fieber verbundenen Fällen leisten andere Excitantia sicherlich nicht weniger Nutzen.

III. *Klinische Mittheilungen.*

A. *Hôpital des Enfans malades* in Paris (Klinik von Guersant dem Sohne).

Von der Katarakt bei Kindern. Einige Betrachtungen über die Operation und die Zufälle, die dieselbe begleiten können.

In der Abtheilung des Dr. Guersant befand sich ein kleines Mädchen, das nach Aussage des Vaters vor ungefähr $1\frac{1}{2}$ Jahren ohne eine bekannte Ursache auf dem linken Auge erblindete. Sie hatte nie an den Augen gelitten, auch an keiner skrophulösen Affektion, und wurde in Paris von Dr. Sichel mittelst der Depression mit Erfolg operirt. Zwei Monate später wurde das rechte Auge ebenfalls, ohne

dass sich eine Ursache auffinden liess, ergriffen. Der Verlauf der Krankheit war ziemlich langsam, das Sehvermögen nahm allmälig ab, und jetzt beobachtet man sehr deutlich eine Katarakt, welche vollkommene Erblindung zur Folge hat.

Der Bruder dieses Mädchens bemerkte vor ungefähr zehn Monaten ebenfalls eine Abnahme des Sehvermögens; bei ihm wurden beide Augen zugleich ergriffen, und die Krankheit verlief auf beiden Seiten gleich rasch. — Guersant operirte das Mädchen am 15. Juni, indem er die Depression machte; die Operation bot keine Schwierigkeit dar und wurde durch kein übles Ereigniss getrübt.

Am 22. Juni wurde der Bruder an beiden Augen zugleich operirt. Da die Katarakt sehr weich war, und dem Druck der Nadel, die sie, anstatt sie in den Grund der hinteren Augenkammer herabzudrücken, durchbohrte, auswich, so war Guersant genöthigt, die Diszision zu machen, um die Resorption der Stücke zu erleichtern. Nach der Operation stellte sich Erbrechen ein.

Am nächsten Morgen war das linke Auge etwas roth und injizirt; später schwoll es an, trat etwas aus der Augenhöhle hervor, und man bemerkte eine gelbliche, unstreitig purulente Flüssigkeit in der vorderen Augenkammer; 15 Blutegel wurden an die Schläfe applizirt und Merkurial-Einreibungen um das Auge und auf die Augenlider gemacht, später ein Vesikatorium hinter das Ohr gelegt.

Am 29. Juni, acht Tage nach der Operation, war die Konjunktiva roth und angeschwollen, die Kornea stellenweise verdunkelt; man bemerkte im Inneren des Auges eine gelbliche, purulente Flüssigkeit. Das rechte Auge befand sich in einem befriedigenden Zustande. — Gegen Ende Juli wurde der Knabe geheilt entlassen. Auf dem rechten Auge war das Sehvermögen vollkommen wieder hergestellt worden, auf dem linken hingegen war die Kornea stellenweise verdunkelt, so dass der Knabe mit diesem nicht so deutlich sehen konnte.

Dr. Guersant nahm die Gelegenheit wahr, einige Bemerkungen über die Operation der Katarakt bei Kindern und über die Zufälle, die in Folge derselben auftreten können, seinen Zuhörern mitzutheilen:

„Was zuerst die Aetiologie anbetrifft, so versicherten die Eltern auf das Bestimmteste, die Katarakt hätte sich bei diesen Kindern ohne irgend eine wahrnehmbare Ursache entwickelt; noch mehr, sie behaupteten sogar, dass bei dem Mädchen die Krankheit plötzlich eingetreten sei und sie mit einem Male das Gesicht verloren hätte. Ich möchte dies schwerlich glauben, sondern es ist viel wahrscheinlicher, dass das

Sehvermögen unmerklich abgenommen, und das Kind einmal zufällig, als es vielleicht das linke Auge schloss, die Blindheit des rechten wahrgenommen hat. Nur auf diese Weise können Sie Sich das angegebene plötzliche Eintreten der Katarakt erklären."

„Die Entwickelung des grauen Staars bei Kindern, die mit ganz gesunden Augen geboren sind, ist sehr selten, ohne sie indessen als etwas Aussergewöhnliches betrachten zu dürfen. Bei Kindern kommen viel häufiger angeborene Katarakte vor, denen Erblichkeit zu Grunde liegen mag, welche den berühmtesten und gelehrtesten Schriftstellern zufolge auf die Erzeugung der Krankheit von grossem Einflusse ist. In unseren beiden speziellen Fällen war die Katarakt nicht angeboren; das Mädchen hatte sechs Jahre hindurch gesehen, der Knabe zwölf Jahre. Noch mehr, die Eltern waren nicht mit dieser Krankheit behaftet gewesen, und sie erklärten, dass Niemand unter ihren Vorfahren an Katarakt gelitten habe."

„Die Ursache dieser Affektion kann traumatisch sein. In diesen Fällen ist gewöhnlich nur ein Auge ergriffen, der Verlauf ist rasch, und sie ist sehr häufig von Adhäsionen mit der Iris und Unbeweglichkeit der Pupille begleitet. Man hat behauptet, bei Neugeborenen sei die Katarakt oft Folge der Einwirkung eines zu hellen Lichtes auf die so zarten Sehorgane in diesem Zeitraume des Lebens. Man hat Katarakte unter dem Einfluss einer inneren Ursache, z. B. einer skrophulösen Diathesis, entstehen sehen. Ich muss indess eingestehen, dass diese Ursachen als Erzeugerinnen der Krankheit noch so viel Unsicheres und Unbeständiges darbieten, dass man sich nicht zu weit hervorwagen darf, wenn es sich darum handelt, über ihren Werth zu streiten."

„Bei unseren beiden Kranken kann man sich, wenn man das Zusammentreffen der Affektion bei dem Bruder und der Schwester berücksichtigt, unmöglich der Annahme enthalten, dass eine prädisponirende Ursache stattgefunden habe, deren Natur wir nicht kennen, und die nicht von einer skrophulösen Anlage abhängig sein konnte, da bei beiden nicht ein Symptom dieser Krankheit zu entdecken war."

„Gewöhnlich suche ich den Kranken so früh als möglich zu operiren, ohne dass ich damit behaupten will, dass man dem Zeitpunkte, wo die Katarakt ihre hinreichende Reife erlangt hat, vorgreifen soll. Hier folgen aber meine Gründe, weshalb ich es für weit vortheilhafter halte, dieser Methode zu folgen."

„Wenn erstens bei einem Erwachsenen oder alten Leuten ein

Auge einige Zeit vor dem anderen ergriffen wird und das Gesicht auf einer Seite vollkommen erloschen ist, während es auf der anderen noch vorhanden, wenn man dann warten will, bis beide Augen vollständig erblindet sind, so ist eine zu lange Zeit dazu nöthig, und der Kranke wird sich Monate, vielleicht Jahre lang in einer sehr peinlichen Lage befinden, ohne dass man irgend etwas versucht, um ihn daraus zu erlösen. Ein zweiter Grund ist aber folgender: Wenn Sie warten, bis beide Augen für die Operation reif sind, so kann es vorkommen, dass ein Auge erst seit einigen Wochen das Sehvermögen vollkommen eingebüsst hat, während es auf dem anderen schon seit mehreren Jahren verloren gegangen ist. Nun ist es aber augenscheinlich, dass für das zuerst affizirte Auge nicht dieselben Bedingungen des Sehvermögens, wenn ich mich so ausdrücken darf, stattfinden werden, wie für das andere; denn es ist eine sehr lange Zeit hindurch ausser Uebung geblieben, und nur sehr schwer wird es seinen Funktionen wieder vorstehen können. Ich habe zur Zeit, wo ich Chirurg im Hospital des Bicêtre war, alte Leute gesehen, wo man auf diese Weise wartete, die, seit sieben oder acht Jahren auf einem Auge blind, erst seit einigen Monaten das andere verloren hatten. Die Operation wurde nun gemacht, und ohne dass der geringste Unfall eintrat, waren der Verlauf und die Folgen der Operation sehr glücklich; das seit so langer Zeit erkrankte Auge heilte und wurde, was nicht zu leugnen ist, klar und durchsichtig, wie das andere, erlangte aber das Sehvermögen nur sehr unvollkommen wieder. Die Sache scheint sich leicht erklären zu lassen. Wie wir schon oben angeführt haben, die Retina ist zu lange des Eindrucks des Lichtes beraubt, stumpft sich ab, wird gewissermaassen gelähmt, und kann nur mit Mühe, wenn es bisweilen gelingt, ihre früheren Fähigkeiten wieder erlangen. Daher rathe ich, die Operation so bald als möglich zu vollziehen, besonders bei angeborener Katarakt, und aus diesen Gründen glaubte ich bei dem Knaben, zu einer Zeit, wo er noch, wiewohl undeutlich, die glänzenden Farben erkennen und ohne Führer umhergehen konnte, die Operation machen zu müssen. Nichtsdestoweniger schien mir die Krankheit den hinreichenden Grad der Reife erreicht zu haben, um ohne Gefahr operiren zu können."

„Was den Verlauf des grauen Staars anbetrifft, so ist er gewöhnlich langsam; erst nach mehreren Monaten, bisweilen selbst nach mehreren Jahren, hat die Linse gänzlich ihre Durchsichtigkeit verloren, und das Sehvermögen ist vollständig erloschen. Entwickelt sich die

Katarakt spontan oder vielmehr ohne aufzufindende Ursache, so ergreift sie gewöhnlich beide Augen, entweder zu gleicher Zeit, oder in mehr oder weniger beträchtlichen Zwischenräumen. In der Regel beginnt die zweite, wenn die erste vollständig ausgebildet ist, oft kömmt es auch vor, dass die eine weniger Zeit bis zur Reife braucht, als die andere. Unsere beiden Fälle liefern Ihnen ein Beispiel von einer jeden dieser beiden Varietäten im Verlauf und in der Entwickelung der Affektion."

„Die Diagnose der Katarakt im kindlichen Alter bietet nichts Eigenthümliches dar. Die Prognose ist immer ungünstig zu stellen, obgleich die Krankheit keine unmittelbare Gefahr für das Leben des Kranken hat. Man kann nie mit Bestimmtheit auf einen glücklichen Erfolg rechnen. Dem Wundarzte liegt es ob, die Umstände, unter denen sich der Kranke befindet, zu erwägen, um eine so viel als möglich der Wahrheit gemässe Prognose zu stellen, und er muss wissen, ob er unter diesen oder jenen Umständen operiren darf oder nicht, und auf welche Verhältnisse er rechnen kann. Im Allgemeinen ist die Prognose günstig, wenn die Krankheit frei von jeder Art von Komplikation ist, sowohl allgemeinen, wie von Skropheln, von denen wir sogleich sprechen werden, als auch lokalen. Sie werden begreifen, dass sie weniger günstig sein wird, wenn der Kranke rheumatischen Affektionen, Augenentzündungen jeder Art oder dem Erysipelas unterworfen ist, als wenn die Krankheit Folge einer äusseren Verletzung war."

„Man wird mithin nicht operiren dürfen, wenn das kranke Auge hypertrophisch oder atrophisch ist, wenn es entstellt, höckrig, schmerzhaft ist, Symptome, die auf eine skirrhöse oder karzinomatöse Entartung hindeuten; wenn die Konjunktiva der Sitz eines habituellen Rheumatismus ist, einer Kongestion, eines akuten oder chronischen Ausflusses; wenn Flecke auf der Hornhaut vorhanden sind, wo dann die Depression der Linse fast unnütz wäre."

„Eine der ungünstigsten Komplikationen ist aber die Amaurose, selbst wenn sie erst im Entstehen ist und in den meisten Fällen sollte man in solchen Fällen der Operation entsagen."

„Hat sich aber einmal eine Katarakt ausgebildet, so ist, wie bekannt, die Operation das einzige Mittel, um das Sehvermögen wieder herzustellen; alle anderen topischen Mitteln sind erfolglos."

„Hier lässt sich nun eine sehr wichtige und bedeutungsvolle Frage aufwerfen. Haben sich bei einem Individuum zwei Katarakte gleichzeitig oder fast zu gleicher Zeit entwickelt, soll man beide Augen auf

einmal oder hinter einander, d. h. in einem Zwischenraum von mehreren Tagen, operiren, nachdem z. B. das zuerst operirte Auge vollkommen hergestellt ist? Ferner, wenn nur ein Auge ergriffen ist, soll man dasselbe operiren, oder warten, bis das andere erkrankt ist?"

„Was die zweite Frage anbelangt, so sind die Meinungen sehr getheilt. Es giebt Aerzte, die da meinen, sobald ein Auge krank ist, dürfe man es nicht operiren, aus Furcht, durch die Operation eine Entzündung zu erregen, die sich auf das gesunde Auge fortpflanzen und so die Erblindung des Individuums zur Folge haben könnte. Dies ist unter anderen die Meinung Jules Cloquet's. Ist die Katarakt angeboren, so glaubt auch die grössere Zahl der Wundärzte, man müsse die Operation aufschieben, bis das Kind älter und verständiger geworden sei, weil dann die Kranken folgsamer sind und so die mit der Operation verbundenen Schwierigkeiten erleichtert werden. Ich bin weit entfernt, dieser Ansicht beizupflichten; vielmehr glaube ich, dass man um so weniger Aussicht zu einem günstigen Erfolg hat, je älter die Krankheit ist, weil, wie schon gesagt, die Retina gleichsam in Folge der Nichtübung paralysirt wird. Ist nicht, wie manche Wundärzte angeführt haben, der Gesichtssinn gewissermaassen zur vollkommenen physischen und moralischen Erziehung der Kinder nothwendig und zur vollständigen Entwickelung ihrer Intelligenz? Man hat mit Erfolg Kinder von anderthalb bis zwei Jahren operirt, und in diesem Augenblick befindet sich ein noch viel jüngeres Kind in meiner Behandlung, was ich nächstens zu operiren beabsichtige. Bei dem Mädchen, von dem es sich hier handelt, hat Sichel es nicht für nöthig erachtet, bis zur vollkommenen Erblindung zu warten, und die Operation war nicht weniger günstig. Es ist in der That höchst selten, dass Affektionen, die sich in einem operirten Auge entwickeln, auch das gesunde ergreifen, und dies würden nur Ausnahmen von der Regel sein."

„Sind beide Augen zugleich ergriffen, soll man sie an demselben Tage operiren, oder das zweite erst dann, wenn das erste geheilt ist? Scarpa, Demours, Dupuytren operirten nur ein Auge und das zweite erst nach vollkommener Wiederherstellung des ersten. Dupuytren besonders fürchtete sehr, an einem Tage zwei Operationen zu machen. Wenn es in der That glücklicherweise höchst selten ist, dass in Folge einer doppelten Operation die Augen von Entzündung ergriffen werden und das Gesicht verloren geht, so kömmt es eben so häufig vor, dass ein Auge geheilt wird, ohne irgend einen Zufall dar-

zubieten, während das andere der Sitz der gefährlichsten Störungen wird, und gewissermaassen eine Ableitung bildet, die auf ihre Kosten die Heilung des anderen Organs begünstigt. Ist es daher nicht vorzuziehen, nur ein Auge auf einmal zu operiren, anstatt Gefahr zu laufen eins zu verlieren, wenn man alle beide an einem Tage operirt? Ich theile mithin vollkommen die Meinung jener Wundärzte und operire nur ein Auge auf einmal. Der uns hier beschäftigende Fall und die Zufälle, die bei dem Knaben eingetreten sind, haben mich in dieser Ansicht noch mehr bestärkt. Und wenn ich hier von meinem gewöhnlichen Wege abgewichen bin, so geschah es deshalb, weil ich hinsichtlich der vortrefflichen individuellen Umstände unseres Kranken ohne Gefahr den Rath einer grossen Anzahl von Operatören befolgen zu können glaubte. Uebrigens bedauere ich es lebhaft, nicht meinem ersten Plane gefolgt zu sein."

„Ich will Ihnen hier nicht die Vor- und Nachtheile der Extraktion und Depression der Linse aufzählen; da aber gewöhnlich der letzteren der Vorzug gegeben wird, so will ich Ihnen die Gründe mittheilen, welche den Wundarzt bestimmen müssen, im kindlichen Alter die eine oder die andere Operation zu vollziehen. Die geringe Gelehrigkeit bei den meisten Kindern, ihre fortwährenden Bewegungen, würden hinreichen, um die Wahl der Methode durch die Depression zu rechtfertigen. Sie ist viel weniger gefährlich, und es ist nicht zu befürchten, dass sich, wie bei der anderen, wenn der Wundarzt oder der Gehülfe, während der Unruhe des Kindes, unwillkührlich einen zu starken Druck auf den Augapfel ausübt, das Auge entleere. Ferner sind die entzündlichen Zufälle nach der Depression nicht so heftig, als nach der Extraktion; endlich ist bei einer weichen Katarakt, wie bei unserem Knaben, die Depression vorzuziehen und viel erfolgreicher."

„Es ist zuweilen der Fall, und ereignete sich bei unserem Knaben auf dem einen Auge, dass die Nadel, trotz aller Vorsicht und vielleicht während einer Bewegung des Kindes, irgend ein Gefäss im Inneren des Auges, der Iris, verletzt, und eine innere Hämorrhagie stattfindet, die die Durchsichtigkeit des *Humor aqueus* trübt. Selten ist dieser Blutaustritt so bedeutend, dass man genöthigt ist, die Operation zu unterbrechen, wie einige Wundärzte gerathen haben. Dieses Ereigniss ist niemals von Bedeutung, denn in einem Zeitraume von kaum einigen Tagen, manchmal noch schneller, ist jede Spur von Blut verschwunden. So hat es sich bei dem Knaben sehr schnell verloren, ohne dass ich die geringste Besorgniss darüber gehabt hätte."

„Ich will mich hier nicht aufhalten bei den Ausnahmsfällen, die bei mit Katarakt Behafteten vorkommen können, wie Adhäsionen zwischen Linse und Kapsel oder Kapsel und *Membrana hyaloidea*, da ich Ihnen nur über Das Ausschluss geben will, was die beobachteten Fälle uns dargeboten haben. Ehe ich schliesse, muss ich daher noch einige Worte über die Behandlung nach der Operation und über die bei den beiden Kranken speziell in Gebrauch gezogene sagen."

„Ist die Operation vollendet, so müssen die Augen mit einer Binde von mässiger Dicke bedeckt werden, damit sie die kranken Organe nicht zu sehr erhitze. Man bringt den Kranken in ein dunkles Zimmer, wo man sein Bett von allen Seiten mit dicken grünen Vorhängen umgiebt, um jeden Lichtstrahl vollkommen abzuhalten. Es ist eine hergebrachte Sache, nach einer Operation des grauen Staars, zumal nach einer doppelten, einen Aderlass einige Stunden darauf zu machen. Diese Methode wird gewöhnlich vom Prof. Sanson ausgeübt, der fortwährend die günstigsten Resultate davon gesehen haben will. Auch ich hatte bei dem Knaben dieselbe Absicht, wenn nicht die Umstände, unter denen er sich befand, dagegen gesprochen hätten. Kaum von den Masern genesen, schien er mir nicht unter den günstigen Verhältnissen zu sein, um eine allgemeine Blutentziehung zu ertragen. Nachdem sich aber am nächsten Morgen und am darauf folgenden Tage die Zufälle gesteigert hatten, war es nöthig, Blutegel zu appliziren und ein energisches antiphlogistisches Verfahren der sich entwickelnden intensiven lokalen Entzündung entgegen zu setzen. Ein Vesikatorium hinter die Ohren, Merkurial-Einreibungen wurden in Gebrauch gezogen, und ich muss gestehen, dass, wenn sie auch nicht eine vollständige Heilung erzielt haben, sie doch alles, was man erwarten konnte, leisteten, und der Zustand des Kranken sich bald darauf bedeutend besserte."

„Bei dem kleinen Mädchen hatten wir nicht nöthig, zu so energischen Mitteln zu schreiten. Ruhe, Dunkelheit, einige Fussbäder mit Senf, einige gelinde Abführmittel waren zur vollständigen Heilung hinreichend."

„Wie lange muss der Kranke sich ruhig verhalten und dem Lichte entzogen bleiben? Wie viel Zeit soll zwischen der Operation und der Untersuchung des Auges durch den Wundarzt verstreichen? — Ueber diese Fragen, wie über so viele andere, sind die Meinungen getheilt. Jedermann empfiehlt angelegentlich, den Kranken nicht die umgebenden Gegenstände anblicken zu lassen; aber Scarpa geht noch viel weiter,

indem er meint, man könne dem Kranken vor dem dritten Tage nach der Operation das Auge zur Untersuchung nicht öffnen, ohne denselben der höchsten Gefahr auszusetzen, selbst bei der grössten Vorsicht."

„Ich für meinen Theil bin nicht dieser Ansicht; aus demselben Grunde, aus dem man den Verband am nächsten Morgen nach einer Amputation und an allen folgenden Tagen lüftet, um sich fortwährend zu überzeugen, was beim Liegenbleiben des Verbandes nicht möglich wäre, ob sich kein anderes Leiden entwickelt, sei es Erysipelas, oder Lostrennung der Wundränder durch Anhäufung von Eiter u. s. w., aus demselben Grunde, sage ich, muss man täglich das Auge untersuchen. Sie müssen nur mit der grössten Vorsicht zu Werke gehen, damit kein Lichtstrahl das operirte Auge treffe, und dann treten selten Zufälle ein, die durch diese Untersuchung hervorgerufen werden. Immer aber hat man den grossen Vortheil, den Verlauf der Operation zu überwachen, die krankhaften Zustände gleich im Beginn zu entdecken, endlich sie mit mehr Kraft und Erfolg zu bekämpfen."

B. *Hôpital des Enfans malades* in Paris (Klinik von Jadelot).

Meningitis tuberculosa. Tod. Obduktion.

Ein Mädchen von acht Jahren wurde im Juni dieses Jahres ins Krankenhaus aufgenommen. Von einer ziemlich schwächlichen Konstitution, aber gewöhnlich gesund, hatte es vor ungefähr zwei Jahren die Masern glücklich überstanden. Vor 8 Tagen wurde sie ohne irgend eine bekannte Ursache von einem ziemlich heftigen Kopfschmerz befallen, und bald darauf von grünlichem, biliösem Erbrechen. Diese Zufälle dauerten drei oder vier Tage an, verbunden mit einer geringen Diarrhoe; dann stellte sich Somnolenz mit grosser Aufregung abwechselnd ein; das Erbrechen nahm ab, der Kopfschmerz dauerte hingegen fort. — Bei der Aufnahme bot das Kind folgenden Zustand dar: Bleiches, leidendes Gesicht, die Augen von einem leichten blauen Rande umgeben, ohne nach oben gekehrt zu sein, wie es an den vorhergehenden Tagen stattgefunden haben soll. Das Kind klagt über heftigen Kopfschmerz, grosse Schwäche, Appetitlosigkeit. Der Puls schlägt 98- bis 100 mal in der Minute, ist mässig entwickelt. Die Haut ziemlich heiss, feucht; der Leib weder aufgetrieben, noch eingefallen, etwas

empfindlich beim Druck; Verstopfung seit 3 Tagen; Zunge feucht, weisslich belegt an der Wurzel und in der Mitte. Das Bewusstsein ist nicht gestört. — Es wurden ein abführendes Klystier und kalte Ueberschläge über den Kopf verordnet.

Nach dem Klystier erfolgte eine Stuhlentleerung. In der Nacht findet Schlaflosigkeit statt; bisweilen stellen sich Delirien ein.

Wenige Tage darauf war anstatt der Verstopfung Durchfall eingetreten. Der Blick ist unverwandt auf einen Gegenstand gerichtet, das Kind klagt über bedeutende Kopfschmerzen. Fast fortdauernde Somnolenz, unterbrochen auf einige Zeit durch Delirien und grosse Unruhe; grösstentheils ist Bewusstlosigkeit vorhanden. Puls von 92 bis 96 Schlägen, Haut heiss und feucht. — Es wird Kalomel zu gr. j verordnet und kalte Uebergiessungen.

Die Symptome steigerten sich aber von Tage zu Tage; das Kind liegt in einem tiefen Koma, und stösst nur von Zeit zu Zeit ein lautes Geschrei aus. Die Augäpfel sind nach oben gerichtet, die Pupillen etwas erweitert, dabei vollkommene Bewusstlosigkeit und fast gänzlich erloschene Sensibilität, so dass man die Haut mit Nadeln stechen kann. Dieselbe ist mit kaltem, zähem Schweisse bedeckt; Sehnenhüpfen, unregelmässige, beschleunigte Respiration, kleiner frequenter Puls; trockne, russige Zunge. — Am folgenden Morgen erfolgte der Tod, nachdem einige Konvulsionen vorhergegangen sind.

Sektion. Die *Duramater* ist blass, etwas mit Blut angefüllt; auf der *Piamater* und in dem Zellgewebe, welches sie mit der Arachnoidea verbindet, bemerkt man hier und da Granulationen, die von der Grösse eines Hirsekorns bis zu der eines sehr feinen Sandkorns variiren, von weisser Farbe und offenbar tuberkulöser Beschaffenheit sind. Dieselben sind noch in viel grösserer Menge an der *Basis cerebri* vorhanden. Die *Piamater* ist injizirt, rosenroth, an einigen Stellen mit einer dicken, weissgelblichen Flüssigkeit infiltrirt, welche dem Eiter, dessen Charaktere sie vollständig darbietet, ähnlich sieht. Die Gehirnsubstanz, welche in der äusseren Oberfläche ziemlich fest ist, zeigt sich in den Zentraltheilen etwas erweicht. Die Ventrikel sind mit einer bedeutenden Menge Serum angefüllt.

Die Lungen enthalten besonders an der Spitze eine grosse Menge tuberkulöser Granulationen, von denen einige schon in Erweichung überzugehen anfangen. Der Darmkanal bietet nichts Krankhaftes dar.

Jadelot hielt folgenden Vortrag über die *Meningitis tuberculosa:*

„Die *Meningitis tuberculosa* ist eine Krankheit, mit der man sich erst seit einigen Jahren beschäftigt hat und die erst in der neuesten Zeit genau beobachtet und beschrieben worden ist. Die ersten Arbeiten, die darauf aufmerksam gemacht haben, sind eine von dem Institut im Jahre 1835 gekrönte Schrift, in welcher die Autoren Fabre und Constant die Krankheit ziemlich vollständig, nach einigen dreissig mit grösster Sorgfalt beobachteten Fällen, abgehandelt haben. Es ist zu bedauern, dass durch die Nachlässigkeit einiger Beamten das Manuskript verloren gegangen ist und es ihnen mithin nur möglich war, ein Resumé ihrer schätzbaren Resultate zu veröffentlichen. Andere, in mehr als einer Beziehung schätzenswerthe Arbeiten von Rufz und Gerard haben die Aufmerksamkeit auf sich gelenkt. Aus diesen Arbeiten will ich Ihnen etwas über den Verlauf, die Diagnose dieser Affektion, und über die einzuschlagende Behandlung, die unglücklicherweise meistens erfolglos ist, mitzutheilen versuchen."

„Die Ursachen der Meningitis sind so dunkel, dass man sie allein in den allgemeinen ursächlichen Momenten der Tuberkelkrankheit zu suchen gezwungen ist. Alter und Konstitution geben sehr häufig die Disposition zur Entwickelung der Affektion ab. Am gewöhnlichsten bildet sie sich nach Einigen zwischen dem sechsten und achten, nach Anderen zwischen dem sechsten und zehnten Jahre aus. Das Geschlecht scheint nicht ohne Einfluss auf das häufigere Vorkommen derselben zu sein; so stellte sich nach klinischen Berechnungen unter sechs Jahren ein gleiches Verhältniss für beide Geschlechter heraus, über sechs Jahre zeigte sich hingegen ein beträchtlicheres zu Gunsten der Knaben. Der Einfluss der Konstitution scheint beim ersten Anblick nicht sehr hervorstechend zu sein. Die Krankheit entwickelt sich eben so häufig bei kräftigen wie bei schwächlichen Kindern. Wie alle tuberkulösen Affektionen ist sie, wenn nicht erblich, doch oft das Resultat einer erblichen Anlage; endlich kann sie als Folge wichtiger krankhafter Zustände der Gehirnhäute selbst und des Gehirns oder anderer Organe auftreten. Es ist höchst selten, bei Kindern die Spuren der *Meningitis tuberculosa* zu finden, ohne dass nicht auch Lungentuberkeln vorhanden wären. In der neuesten Zeit hat Prof. Trousseau die wichtige Frage aufgeworfen, ob die tuberkulösen Granulationen der Entzündung der Gehirnhäute folgen oder vorangehen; oder in anderen Ausdrücken, ob die tuberkulösen Granulationen Ursache oder Wirkung dieser Entzündung seien? Die Schriftsteller einer neuen und schätzenswerthen Abhandlung über Kinderkrankheiten meinen, dass

in den meisten Fällen die Granulationen vor der Entzündung schon bestanden, und begründen diese Meinung dadurch, dass man bei dem jetzigen Zustande unserer Wissenschaft nicht zu beweisen im Stande sei, dass Tuberkeln sich in vierzehn Tagen entwickeln können."

„Was die anatomischen Charaktere anbetrifft, so will ich Ihnen nicht Dinge vorführen, die allgemein bekannt sind. Hingegen ist dies nicht mit den Symptomen, dem Verlaufe und der Diagnose der Fall, weshalb ich diese Gegenstände ausführlicher besprechen will."

„Beginnt die Krankheit während eines vollkommenen Gesundheitszustandes des Individuums, was der häufigste Fall ist, so ist der Puls gewöhnlich frequent; es findet ein wahrhaft fieberhafter Zustand statt, der sich durch alle ihm zukommenden Charaktere deutlich ausspricht. Nach Verlauf von einigen Tagen nimmt der Puls an Frequenz ab und sinkt bisweilen unter die normale Zahl. Nähert sich die Krankheit dem tödtlichen Ausgange, so hebt er sich wieder, wird frequenter, und dies ist ein sicheres Zeichen des nahe bevorstehenden Todes. Ausser der Frequenz müssen Sie auch die Regelmässigkeit der Schläge beachten, er wird unregelmässig, sobald er sich verlangsamt."

„Die Haut ist gewöhnlich heiss, zumal im Anfang, wenn der Puls beschleunigt ist. Prof. Guersant hatte bisweilen, ganz im Beginn, Schauder und Frost beobachtet. Die Hitze ist um so stärker, je frequenter der Puls ist; um so geringer, je langsamer er ist. Zugleich stellen sich kopiöse Schweisse ein, besonders kurz vor dem tödtlichen Ausgange, in den letzten Tagen der Krankheit. Das Gesicht ist in der Regel bleich, selten roth; diese Blässe geht in der letzten Zeit in eine violette Färbung über."

„Die Respiration ist selten regelmässig, indess in den ersten Tagen der Krankheit nicht sehr beschleunigt; nur erst, wenn der Tod bevorsteht, werden die Athmungsbewegungen frequenter; um diese Zeit nimmt die Respiration auch eigenthümliche Charaktere an, die auch bei anderen Affektionen angetroffen werden, sie wird z. B. rasselnd, stertorös u. s. w."

„Die Digestionsorgane und ihre Funktionen sind beständig im Beginn der Krankheit gestört. Gewöhnlich fängt sie mit Erbrechen, das drei oder vier Tage anhält, an. Es ist Ihnen übrigens bekannt, dass dieses Symptom nicht allein bei der *Meningitis tuberculosa*, sondern auch bei der einfachen Gehirnentzündung vorkömmt. Der Durst ist mässig, Appetit fehlt gänzlich, Zähne und Lippen werden erst in dem letzten Stadium trocken und russig. Endlich ist Ver-

stopfung eins der wichtigsten Symptome. Sehr oft ist sie gleich im Anfang vorhanden, bisweilen tritt sie erst später auf; sie ist so hartnäckig, dass sie selten in den ersten Tagen durch Abführmittel gehoben wird; in manchen Fällen treten aber auch einige Tage später kopiöse, schwer und sonst durch kein Mittel zu unterdrückende Durchfälle hinzu; der Leib ist eingefallen, oft in dem Maasse, dass man gegen die Wirbelsäule drücken und die Aorta pulsiren fühlen kann."

„Die wichtigsten funktionellen Störungen sind aber die des Gehirns selbst. Kopfschmerz ist konstant; oft sehr heftig, ruft er Klagen, Seufzen, selbst Geschrei der Kinder hervor. Er verschwindet, oder seine Fortdauer ist in den letzten Tagen, wegen des Auftretens von Delirien oder Koma, schwer zu ermitteln."

„Die intellektuellen Fähigkeiten sind sehr oft ungetrübt, selbst in einem ziemlich vorgeschrittenen Stadium der Krankheit. Sie können momentan gestört sein, und im Intervalle jeden Anfalls erhält das Kind seine Besinnung wieder. Nervösen Zufällen von der grössten Heftigkeit können Augenblicke von Ruhe, die die Umgebung des Kindes leicht täuschen, folgen."

„Treten Störungen in den Geistesthätigkeiten ein, so beginnen sie sehr oft mit einer Langsamkeit im Antworten, Abspannung, Somnolenz und stumpfem Blick. Delirium gesellt sich erst in einem vorgerückteren Zeitraum der Krankheit hinzu. Es kann muszitirend oder furibund sein, von heftigem Geschrei begleitet oder nicht. Man hat Fälle, aber höchst selten, beobachtet, wo die Kranken bis zum letzten Augenblick ihre Besinnung beibehielten. Somnolenz und Koma, die man nicht im Beginn der Krankheit beobachtet, können abwechselnd verschwinden und wieder erscheinen. Kontraktur, Steifigkeit der Extremitäten, Konvulsionen, Sehnenhüpfen, Verlust der Empfindung sind höchst gefährliche Symptome, die die Krankheit in ihrem letzten Stadium fast immer begleiten."

„Was die Diagnose anbetrifft, so kann die *Meningitis tuberculosa* mit mehreren Affektionen, mit der einfachen Meningitis, mit Gehirntuberkeln, mit Gehirnkongestion, mit Gehirnzufällen, die sich im Verlaufe eines typhösen oder exanthematischen Fiebers entwickeln, verwechselt werden. Es wird nicht am unrechten Orte sein, wenn ich mit kurzen Worten noch einmal die hauptsächlichsten Symptome, durch welche diese Affektionen von einander unterschieden werden können, rekapitulire."

„Während sich die *Meningitis tuberculosa* ohne irgend eine

wahrnehmbare Ursache entwickelt, hinterlistig beginnt, langsam verläuft, so dass sie mehr einer chronischen Krankheit gleicht, und mehrere Monate dauern kann, liegt der einfachen Meningitis immer eine wohl zu erkennende Ursache zu Grunde; sie ergreift nicht nur Kinder, sondern auch Erwachsene, stellt sich plötzlich ein und verläuft rasch. Man muss jedoch eingestehen, dass, wenn die akuten Symptome auftreten, beide Affektionen viel Aehnlichkeit mit einander haben. Was die Behandlung anbetrifft, so beschleunigen die Antiphlogistika sehr oft in der *Meningitis tuberculosa* den tödtlichen Ausgang, während sie in der einfachen Meningitis die einzigen wirksamen Mittel sind."

„Bei Tuberkeln im Gehirn sind die motorischen und sensoriellen Fähigkeiten vorzugsweise ergriffen. Kopfschmerz ist bei der einfachen Meningitis sehr gelinde (?), oft gar nicht vorhanden (?), während er bei der *Meningitis tuberculosa* sehr heftig und hartnäckig ist."

„Die differentielle Diagnose zwischen der Gehirnkongestion und unserer Krankheit ist nicht schwer. Erstere beginnt gewöhnlich mit einem tiefen Koma und ist oft von tetanischer Steifigkeit der Extremitäten, Konvulsionen, Lähmung, Symptomen, die nie bei der uns beschäftigenden Affektion vorkommen, als Vorläufern begleitet. Das Gesicht ist in der Gehirnkongestion sehr oft roth, oder wenigstens normal gefärbt, während in der Meningitis eine auffallende Blässe wahrgenommen wird. Der Puls, anstatt klein, unregelmässig, bald langsam, bald schnell zu sein, ist voll, kräftig. Endlich dauert die Kongestion nicht lange, oft kaum einen Tag."

„Was die Verwechselung der *Meningitis tuberculosa* mit den Gehirnzufällen, die sich zuweilen im Verlaufe eines typhösen Fiebers oder mancher akuten Exantheme entwickeln, anbelangt, so lassen der Zustand des Unterleibs und die Symptome der primitiven Affektionen keinen Irrthum zu. Dennoch sind Fälle mitgetheilt worden, wo die differentielle Diagnose sehr schwer, wo nicht ganz unmöglich, zu stellen war."

„Die Prognose ist immer ungünstig, der Tod der einzige Ausgang der Krankheit. Wenn sich einige Autoren mit der Heilung geschmeichelt haben, so zweifle ich, dass sie es mit einer wahren *Meningitis tuberculosa* zu thun gehabt hatten. Guersant, der bei solchen Dingen eine Autorität ist, sagt über die Prognose: „„Die *Meningitis tuberculosa* könnte bisweilen im ersten Stadium den Ausgang in Genesung nehmen; aber diese Fälle sind immer mehr oder weniger zweifelhaft. Im zweiten Stadium habe ich nie ein Kind unter

hundert heilen sehen, und dann sind sie später derselben akuten Krankheit oder der *Phthisis pulmonum* unterlegen. Kranke, die das dritte Stadium erreichen, werden nie geheilt.""

„Hieraus folgt, dass die Behandlung nicht viel leisten kann. Zweien Indikationen haben Sie zu genügen, nämlich die Entzündung zu bekämpfen und das tuberkulöse Element zu beseitigen."

„Nehmen Sie zu Blutentziehungen seine Zuflucht, so dürfen es nur örtliche sein, und dann nie in grosser Menge; die Blutegel appliziren Sie nicht an die *Processus mastoidei*, weil wegen der geringen Menge noch mehr Blut nach dem Gehirn hingeleitet wird, sondern an den After und selbst an die unteren Extremitäten. Sie müssen sie gleich im Anfang in Gebrauch ziehen, sowohl aus Furcht es mit einer einfachen Meningitis zu thun zu haben, als auch um möglicher Weise eine Heilung zu versuchen."

„Die kalten Waschungen und Uebergiessungen, die kalten Ueberschläge auf die Stirn und den abrasirten Kopf, sind Hülfsmittel, die Sie nicht vernachlässigen dürfen. Die Heilung muss zugleich ableitend sein, sowohl äusserlich als auch innerlich. Die leichten Abführmittel sind die einzigen, die Sie in Gebrauch ziehen dürfen, wie *Ol. Ricini*, Salina, Kalomel, und nur so lange, als die Verstopfung dauert. Das letztere Präparat vereinigt mit seiner abführenden Wirkung zugleich eine alterirende. Damit kann man Merkurial-Einreibungen entweder in die innere Fläche der Schenkel oder in den Kopf verbinden. Doch müssen dieselben mit der grössten Vorsicht angewandt werden, und man muss sogleich damit einhalten, so wie die geringsten Symptome eines Ergriffenseins des Zahnfleisches, von Speichelfluss, oder fötider Geruch aus dem Munde sich einstellen."

„Die Ableitungsmittel nach der äusseren Haut werden theils auf die unteren Extremitäten, theils direkt auf den Kopf applizirt. Sie bestehen entweder in Vesikatorien oder Moxen, wenn das Koma sehr tief sein sollte. Tritt eine Besserung darauf ein, so ist sie gewöhnlich nur momentan und dauert nicht an. — Antispasmodika, Kampher, *Asa foetida*, Moschus, die zuweilen angerathen worden, sind noch viel weniger von Nutzen, als die kräftigsten Mittel, die ich Ihnen eben angeführt habe."

C. Poliklinik der Universität in Berlin (Prof. Romberg).

1. Chronisches Erbrechen bei Kindern, dessen Zusammenhang mit Gehirnaffektion.

Bei Vorstellung eines sechs Jahre alten Mädchens, das an chronischem Erbrechen litt, gegen welches vergeblich die verschiedensten Heilmittel bereits angewendet worden waren, sprach sich Prof. Romberg folgendermaassen aus:

„Chronisches Erbrechen bei Kindern, m. H., ist ein Symptom, das in vielfacher Beziehung Ihre grösste Beachtung verdient; es kann auf sehr verschiedene Weise entstehen und sich auf ganz verschiedene Grundleiden beziehen. Es kann, wie Ihnen nicht unbekannt sein wird, von Würmern im Darmkanale herrühren, und dieses ist recht oft der Fall; dann müssen, wie Sie leicht denken können, auch noch andere auf die Gegenwart von Würmern deutende Symptome vorhanden sein, um diese Diagnose zu rechtfertigen. Es kann aber auch mit einer Affektion der Nieren im Zusammenhange stehen; haben Sie irgend einigen Grund zu dieser Annahme, so müssen Sie den Urin genau prüfen, seine Quantität und Zusammensetzung ermitteln, die Nierengegend untersuchen u. s. w. Sehr oft ist das chronische Erbrechen Folge einer Affektion der Magenscheimhaut, namentlich der Ulzeration und der Erweichung derselben; ich brauche Sie nicht daran zu erinnern, dass alsdann die anderen charakteristischen Erscheinungen dieser Magenaffektionen nicht fehlen werden, um Sie in der Diagnose zu bestimmen. Es kann aber auch das chronische Erbrechen, — und dieses ist es, worauf ich Sie heute besonders aufmerksam machen will, — vom Gehirn ausgehen. Es ist dieses sehr häufig der Fall, und doch wird daran von vielen praktischen Aerzten gar nicht gedacht, die beim chronischen Erbrechen meistens nichts Anderes im Auge haben als Magen und Unterleib. Es giebt nämlich Gehirnkrankheiten, die sich durch gar keine Empfindung im Kopfe oder in anderen Theilen kund geben und keine anderen Erscheinungen zeigen, als Digestionsstörung, Appetitlosigkeit, Erbrechen, Verstopfung; Sie müssen Sich, m. H., diese Bemerkung, so einfach sie Ihnen auch scheint, tief einprägen, denn eine unrichtige Diagnose muss hier, wie Sie leicht denken können, ganz besonders traurige Resultate haben. Das Erbrechen, welches als Symptom von Gehirnkrankheiten auftritt, unterscheidet sich von dem, welches die Krankheiten des Magens begleitet, dadurch, dass

es auch bei verhältnissmässig leerem Magen, d. h. ohne vorher stattgehabten Genuss von Speisen, erfolgt, und zwar sturzweise; ferner dass es sich nicht durch Uebelkeit ankündigt, dass es durch Aufrichten des Kopfes, durch Bewegung und Erschütterung desselben begünstigt und hervorgerufen wird, und dass es beim Niederlegen des Kopfes aufhört, weshalb man das Erbrechen nach dem Essen blos dadurch verhüten kann, dass man dem Kinde eine vollkommen horizontale Lage giebt. Höchst charakteristisch und sehr bezeichnend ist das gleichzeitige Vorhandensein von Verstopfung und grosser Torpidität des Darmkanals, so dass starke Purganzen nöthig sind, um Leibesöffnung zu bewirken. Dieses ist gar nicht oder viel weniger der Fall, sobald die Krankheit ihren Sitz im Epigastrium oder den Hypochondrien hat. — Diese Umstände, m. H., sind offenbar schon geeignet, Sie in der Diagnose auf den richtigen Weg zu führen, und Sie werden darin noch bestimmter sein können, wenn der kleine Kranke zugleich über Schmerz in der Stirngegend klagt, wenn dabei die Sinnesorgane sich affizirt zeigen, der kleine Kranke über Flimmern vor den Augen, Abnehmen des Sehvermögens, Sausen vor den Ohren u. s. w. klagt und wenn dazu Verdrüsslichkeit, mürrisches, unwilliges, träges Wesen kömmt, das besonders bei solchen Kindern sehr auffallend wird, die früher stets heiter, munter und lebhaft waren."

„Im Allgemeinen ist, wie ich gefunden habe, bei Affektionen des kleinen Gehirns das Erbrechen unter den Symptomen häufiger als bei denen des grossen Gehirns, und meistens besteht die Affektion in Tuberkulose. Wenn anfänglich in vielen Fällen nichts weiter vorhanden ist, als chronisches Erbrechen, so treten später Erscheinungen hinzu, die nur Den überraschen können, welcher bei Beurtheilung und Behandlung jenes Symptoms an das Gehirn gar nicht gedacht hat; es gesellen sich nämlich nach und nach konvulsivische Anfälle, Paralysen, Hemiplegie mit Kontrakturen u. s. w. dazu. Sehr oft stellt sich in solchen Fällen auch krampfhafter Husten mit Keuchen, erschwertes Athmen, welches besonders beim Schlucken, Weinen und Schreien der kleinen Patienten einzutreten pflegt, ein, — Zufälle, auf die, als auf begleitende Erscheinungen des akuten Hydrocephalus, schon Goelis aufmerksam gemacht hat. Tuberkeln, die an der Gehirnbasis sitzend auf den *N. vagus, accessorius* drücken, erklären diese Zufälle leicht."

„Was die Prognose betrifft, so ist sie, falls Tuberkulose vorhanden ist, allerdings sehr übel, indessen ist sie nicht so verzweifelt, wie Manche annehmen. Die Tuberkeln haben, wie mich die Erfahrung

gelehrt hat, nicht immer den Tod zur Folge, sondern können, wenn sie schon erweicht sind, gleich den Tuberkeln in den Lungen resorbirt oder von Kysten umschlossen werden; die sonst so genannten Balgabszesse sind nichts Anderes als solche Tuberkelhöhlen, die noch eine geringe eiteratige Flüssigkeit enthalten."

„Zur Behandlung des von Gehirnaffektion abhängigen chronischen Erbrechens sind natürlich alle auf den Magen wirkenden Mittel erfolglos; nur wiederholte Blutentziehungen am Kopfe, Schröpfköpfe im Nacken, kräftige Ableitungen nach der äussern Haut, Einreibungen mit Brechweinsteinsalbe, besonders aber kalte Uebergiessungen im lauen Bade bilden die einfache und allein Erfolg versprechende Behandlung, die ich Ihnen empfehle."

---

2. Tuberkulosis der Bronchialdrüsen. Druck auf den *N. vagus*. *Fluor albus* bei jungen Mädchen.

Es wird ein Kind von 3 Jahren vorgestellt, welches an Husten leidet, der von Zeit zu Zeit paroxysmenweise heftiger wird und oft mit einem Tone wie im Keuchhusten verbunden ist; dabei finden Beklemmung, Anfälle von Dyspnoe, zuweilen heisere Stimme statt. Perkussion und Auskultation ergeben nichts Abnormes in den Lungen.

Etwa 6 Tage darauf meldete sich ein Mädchen von 10 Jahren mit ähnlichen Symptomen, bei welchem die lymphatischen Drüsen am Halse (*Glandulae concatenatae*) bedeutend angeschwollen sind, besonders in der Nähe des Larynx am vorderen Rande des *M. sternocleido-mastoideus;* diese Anschwellungen liessen sich bei genauerer Untersuchung auch an der Trachea entlang verfolgen.

Prof. Romberg sprach sich über diese Fälle folgendermaasen aus: „In einem früheren Vortrage habe ich Sie, meine Herren! bereits darauf aufmerksam gemacht, dass bei der Anschwellung und Tuberkulosis der Bronchialdrüsen besonders die Affektion des *N. vagus* zu berücksichtigen sei, in dessen Nähe dieselben liegen, indem sich hierdurch ein höchst wichtiges Leiden herausbilden kann. Ich habe Ihnen damals mitgetheilt [1]), dass die einzelnen Zweige des *N. vagus* durch diese Drüsen einen Druck erleiden können und auf diese Weise ihrer Leitungsfähigkeit verlustig gehen. Der *N. laryngeus superior* wird

---

1) S. Band I. Heft 5. dieses Journals.

sehr selten affizirt, da er durch seine Lage mehr geschützt ist; gewöhnlich sind der *N. recurrens* und die Bronchialzweige dabei betheiligt."

„Die angeschwollenen Drüsen können aber auch auf andere Theile drücken, z. B. auf die grossen Venenstämme in der Brusthöhle und hierdurch den Rückfluss des Blutes hemmen, woraus sich das aufgedunsene Gesicht, welches man bei solchen Kindern bemerkt, erklären lässt. Ebenso hat man Aszites bei vollkommner Integrität der Unterleibsorgane bloss in Folge des Druckes der angeschwollenen Mesenterialdrüsen auf die *V. portarum*, und *Oedema pedum* durch einen ähnlichen auf die *V. cava inferior* beobachtet."

Bei dieser Gelegenheit zeigte der Professor ein Präparat von einem Kinde vor, welches an solchen Symptomen gelitten hatte und wo beide *N. vagi* in einer grossen Strecke ihres Verlaufs von bedeutenden Paketen angeschwollener Tracheal- und Bronchialdrüsen vollständig eingeschlossen waren, so dass sie nur mit Mühe herauspräparirt werden konnten. Der *N. recurrens* der einen Seite war ganz plattgedrückt.

„Sie müssen, m. H., immer an das Vorhandensein dieses Zustandes denken, wenn Sie Anschwellungen der lymphatischen Drüsen am Halse wahrnehmen, indem es sehr wahrscheinlich ist, dass dieselbe Entartung auch die in der Brusthöhle gelegenen ergriffen hat. Daher dürfen Sie es nie versäumen, Sich nach den Symptomen zu erkundigen, die gewöhnlich mit dieser Affektion verbunden sind und die ich Ihnen früher auseinandergesetzt habe."

Am nächsten Tage wird wieder ein dreizehnjähriges Mädchen vorgestellt, bei dem die *Glandulae jugulares (concatenatae)* bedeutend angeschwollen sind, einige von der Grösse einer Wallnuss, ohne dass aber irgend eine Störung in der Respiration, Husten oder andere der obenangeführten Symptome stattfinden. Schon seit längerer Zeit leidet dasselbe an *Fluor albus*.

„Obgleich in diesem Falle", bemerkte hier Prof. Romberg, „sich so bedeutende Drüsenanschwellungen in der Nähe des *N. vagus* befinden, so sind doch keine Affektionen vorhanden, die auf einen Druck auf denselben schliessen lassen. Es müssen aber hierzu, ausser der Geschwulst selbst, noch andere Einflüsse hinzutreten; je mehr nämlich die geschwollenen Drüsen nach aussen liegen, um so weniger werden sie den Nerven beeinträchtigen, die kleinsten nach innen gelegenen sind die gefährlichsten. Ferner kömmt es auf die Beschaffenheit der

in der Nähe befindlichen Muskeln an, auf die Faszien, ihre Spannung, auf die Lage der Drüsen zu diesen Theilen; so können oft Massen von bedeutender Grösse, ohne irgend eine krankhafte Erscheinung hervorzurufen, bestehen; so wie wir auch bei Geschwülsten in der Nähe des *Foramen stylomastoideum* einmal Lähmung des *N. facialis* durch Druck auf denselben, ein anderes Mal vollkommene Integrität desselben beobachten."

„Was den *Fluor albus* anbetrifft, meine Herren! so mache ich Sie darauf aufmerksam, dass Sie Sich bei Mädchen auch vor der Entwickelungsperiode, wenn tuberkulöse und skrophulöse Affektionen vorhanden sind, nach dem Zustande der Genitalienschleimhaut erkundigen müssen; dabei erfahren Sie sehr oft, dass sie schon lange an *Fluor albus* leiden. Seltener ist in diesem Falle die Schleimhaut der uropoetischen Organe ergriffen. Die Absonderung der Genitalienschleimhaut ist oft so profus, dass eine nachtheilige Rückwirkung auf den Gesammtorganismus stattfindet."

„In Bezug auf die Kur hüten Sie Sich, dergleichen Drüsenanschwellungen, wenn sie keine nachtheiligen Erscheinungen auf die benachbarten Organe hervorrufen, schnell durch Einreibungen oder ähnliche Mittel zu zertheilen, indem sich sonst leicht Affektionen der Lungen und des Gehirns ausbilden können. Das beste Verfahren ist, auf das allgemeine konstitutionelle Leiden einzuwirken, und abzuwarten, welche Wirkungen darauf erfolgen. Innerlich geben Sie das *Ol. jecoris Aselli;* ausserdem Bäder mit Kochsalz, Seesalz, *Rad. Calami* u. s. w. Wohlhabenderen Kranken sind die Soolbäder von Kösen, Elmen, Salza, Halle, ferner Kreuznach und Ischl, die von besonderer Wirksamkeit sind, zu empfehlen."

---

3. Neurosen im kindlichen Alter.

Am 27sten wird ein Knabe von 8 Jahren vorgestellt, der früher immer ganz gesund gewesen sein soll, bei dem sich aber seit vierzehn Tagen nervöse Zufälle eingestellt haben. Er sinkt nämlich plötzlich um, liegt einige Minuten lang mit erschlafften Extremitäten da, ohne ein Wort sprechen zu können, obgleich er bei vollkommenem Bewusstsein ist, da er Alles hört und sieht, was um ihn herum vorgeht, und kehrt dann zum normalen Zustande zurück. Diese Anfälle, die er herannahen fühlt, treten mehrere Male täglich ein. Zugleich ist eine *Hyperaesthesia optica* vorhanden, indem ihm Phantasmata verschie-

dener Art vorkommen. In der Nacht ist er frei von Anfällen, doch gewöhnlich sehr unruhig. Dabei klagt er über Kopfschmerz in der Stirngegend, der aber bei Bewegungen des Kopfes, Schütteln, Bücken, nicht zunimmt, ferner über Flimmern vor den Augen; die Pupillen kontrahiren sich leicht. Zugleich ist Herzklopfen und Athmungsbeschwerde, die bei Bewegungen zunimmt, vorhanden; der Impuls des Herzens zeigt sich verstärkt, sowohl bei der manuellen Untersuchung als auch bei der auskultatorischen; auch ergiebt die Perkussion einen grösseren Umfang des Herzens. Die Digestion geht regelmässig von Statten.

Ueber diesen Fall bemerkte Prof. Romberg Folgendes:

„Die Affektion, die Sie bei diesem Knaben hier beobachten, meine Herren! kömmt auch bei Erwachsenen und zwar bei hysterischen Frauen sehr häufig vor und ist mit zwei anderen Zuständen zu einer und derselben Klasse der Neurosen zu rechnen."

„Die erste Affektion ist die Eklipsis, wie ich sie nenne, bei der oft ein gesteigerter Tonus in den Muskeln stattfindet, so dass sie in der Stellung verharren, die man ihnen giebt; diese wächserne Biegsamkeit der Glieder gab zu dem von den Alten aufgestellten Namen Katalepsie Veranlassung. Es treten hier nämlich bei ganz normaler psychischer Thätigkeit zuweilen plötzlich Pausen derselben ein und die Individuen verlieren das Bewusstsein, verharren in der Stellung, worin sie sich befinden, oder fallen um; oft vollenden sie nach dem Anfall die vor demselben begonnenen Worte; diese Anfälle dauern einige Minuten, oft nur wenige Sekunden."

„Der zweite krankhafte Zustand ist die Ekstasis, in welchem die Kranken ihrer eigenen Persönlichkeit und ihren Lebensverhältnissen entfremdet sind; durch diesen irren Zustand, welcher in allen Anfällen identisch bleibt, stehen dieselben mit einander in Verbindung, so dass die Kranken ein doppeltes psychisches Leben zu führen scheinen."

„Die dritte Affektion endlich ist die Ohnmacht, wo die Kranken plötzlich mit erschlafften Muskeln hinsinken, ohne dass sie aber das Bewusstsein verlieren; denn sie hören und sehen alles, was in ihrer Umgebung vorgeht, können aber nicht sprechen. Hierdurch unterscheidet sich dieselbe von der Eklipsis, wo vollständige Bewusstlosigkeit eintritt, während der Puls fühlbar bleibt, der hingegen bei der Ohnmacht gänzlich verschwindet."

„Mit der letzten Affektion haben wir es hier zu thun. Jedoch muss ich bemerken, dass diese drei Zustände nicht so abgegrenzt sind, wie ich sie Ihnen hier dargestellt habe, sondern dass sie Verbindungen miteinander eingehen."

„Gewöhnlich fühlen die Kranken, dass der Anfall herannaht, und bei einem siebenjährigen Knaben habe ich eine deutliche Aura beobachtet, nämlich einen Globus, wie er bei Hysterischen vorkömmt."

„Diese Zustände können im kindlichen Alter eben so durch Gemüthsaffekte erzeugt werden, wie bei Erwachsenen. So sind Gram, eine zu lebhafte Theilnahme an den unglücklichen Schicksalen der Eltern, die Gegenwart der Kinder bei häuslichen Zwistigkeiten derselben, besonders in den niederen Ständen, wie es bei diesem Kranken hier der Fall war, wichtige Ursachen der Nervenstörungen im kindlichen Alter, die früh auftreten können. Auch Neid und Eifersucht, die durch den Vorzug eines Kindes vor den übrigen bei letzteren geweckt werden, sind häufige Anlässe; weshalb Sie sich genau nach diesen Dingen erkundigen müssen, wenn andere ätiologische Momente nicht aufzufinden sind."

„Zu letztern gehören Reizung des Darmkanals durch Würmer, zu starke Geistesanstrengung, frühzeitige Ueberreizung des Genitaliensystems durch Onanie, eine der häufigsten Quellen, auf die man stets seine Aufmerksamkeit richten muss; daher unterlassen Sie es nie, bei den Eltern nachzufragen, ob Flecke in der Wäsche des Kindes vorhanden sind, und fordern Sie dieselben auf, zu beobachten, ob dasselbe beim Einschlafen mit den Genitalien spielt, oder im Schlafe die Hände an diesen Theilen hält. — Auch auf die Anämie, die sehr oft solche Zufälle hervorruft, richten Sie Ihre Aufmerksamkeit."

„Die Prognose ist gut zu stellen; diese Zustände gehen sehr selten in wichtige Nervenkrankheiten, wie Epilepsie, Manie, Dementia, über, hören zur Zeit der Entwickelungsperiode auf; bei zweckmässiger Behandlung, wobei Sie Sich vor dem Zuviel in Acht zu nehmen haben, verschwinden sie bald."

„Vor Allem berücksichtigen Sie das Kausalmoment. Von dem Gebrauch der warmen Bäder mit kalten Uebergiessungen haben Sie am meisten zu erwarten. Die Kälte ist in den Neurosen dieser Art unschätzbar, schon seit alten Zeiten bekannt; so sind auch kalte Waschungen des Bauches, Rückgraths, zu empfehlen. Ferner sind Seebäder sehr wohlthätig. Zum inneren Gebrauch sind hier Nervina, wie Valeriana, auf die ich sonst nicht viel gebe, an ihrem Orte. Unserem Kranken wollen wir kalte Waschungen des Rückens und innerlich ein *Inf. Valerianae* verordnen."

Derselbe wurde in Folge dieser Behandlung von den Anfällen gänzlich befreit.

IV. Das Wissenswertheste aus den neuesten Zeitschriften und Werken.

1. Von der Anwendung des Kalomel in der *Ophthalmia neonatorum.*

Die Anwendung des Kalomel in der *Ophthalmia neonatorum* auf die entzündeten Theile rührt von Dupuytren her. Später wandte es Fricke in Hamburg an, und Dr. Lauer, früher Assistent am Hamburger Krankenhause, hat es daselbst oft in Gebrauch ziehen sehen. Diese Methode liefert nach ihm glückliche Resultate im zweiten Stadium der Augenentzündungen im Allgemeinen, aber vorzüglich in skrophulösen, wo es nicht nur die Krankheit in ihrem Verlaufe aufhält, sondern auch die Photophobie mindert, und in letzterer Hinsicht ist ihm kein anderes Mittel an die Seite zu setzen. Man konnte auch bei dieser Gelegenheit die Beobachtung machen, dass das Kalomel, das in einem gesunden oder selbst entzündeten Auge kaum ein mässiges und vorübergehendes Gefühl eines fremden Körpers hervorbrachte, bei mit Jod behandelten Kranken eine lebhafte Entzündung mit Chemosis der Konjunktiva erzeugte, was nach Fricke der Bildung von Jodquecksilber zuzuschreiben ist. Seit einem Jahre wenden Kluge und Siebold das Kalomel äusserlich in der *Ophthalmia neonatorum* und mit so glücklichem Erfolge an, dass es eine allgemeine Behandlungsmethode geworden ist.

Die Gebrauchsweise ist gewöhnlich folgende:

Man taucht einen trocknen Miniaturpinsel in das fein pulverisirte Kalomel, dann hebt man sanft das obere Augenlid in die Höhe, während ein Gehülfe das untere herabzieht, und stösst mit einem der Finger, die den Pinsel halten, gegen denselben, so dass das Pulver ins Auge fällt. Die darauf sich entwickelnde Reizung verschwindet schnell, so dass, wenn keine Lichtscheu vorhanden ist, der Kranke fast unmittelbar darauf das Auge wieder öffnen kann.

Man muss das Mittel sogleich im Beginn der Krankheit anwenden; eine Applikation täglich genügt in der Regel. Macht die Krankheit Fortschritte und fliesst zwischen den angeschwollenen Augenlidern eine grössere Menge Eiter hervor, so muss man zwei Applikationen täglich vornehmen. In wichtigeren Fällen wird es zweckmässig sein, mehrere Tage hindurch das Kalomel innerlich zu gr. ¼ Morgens und

Abends zu geben. Gewöhnlich ist die Sekretion und Anschwellung der Konjunktiva, wenn das Kalomel vom Anfang an gebraucht wird, nur sehr gering, und das Uebel ist in 4 bis 10 Tagen gehoben. Dr. Lauer zieht, wenn ein Augenwasser erforderlich ist, die *Tinct. Opii* dem *Argent. nitricum* vor.

---

2. Ueber die Anwendung der Koschenille als Spezifikum gegen den Keuchhusten.

Dr. Cajetan Wachtl in Wien hat, auf die Empfehlung eines englischen Journals, mit grossem Erfolg die Koschenille bei mehreren mit Keuchhusten behafteten Kindern angewandt, und zwar in allen Stadien der Krankheit:

℞ *Coccionellae,*
Tart. depurat. āā ℈j,
Sacch. alb. ℥j,
Aq. fervid. ℥vj.

S. D. S. Dreimal täglich einen gefüllten Kaffeelöffel.
(Man kann ohne Gefahr mit der Dosis steigen.)

W. räth, nicht mehr auf einmal bereiten zu lassen, als im Zeitraum von 36 bis 48 Stunden verbraucht wird, indem sich sonst die Koschenille zersetzt. Es sind nur einige Tage nöthig, besonders wenn man die die Solution enthaltende Flasche oft öffnet, um dass dieselbe eine braune Farbe und einen unangenehmen Geruch annimmt. In gut verschlossenen Flaschen kann sie sich länger halten; so oft man den Pfropfen entfernt, hört man ein Geräusch, als wenn Gas entweicht und es verbreitet sich ein unangenehmer Geruch.

Wenn man anstatt des heissen Wassers kaltes nehmen würde bei Bereitung des Mittels, so würde man nur eine mechanische Vertheilung, aber keine wirkliche Auflösung der Koschenille erhalten.

Dr. W. hat beobachtet, dass die Anwendung dieser Mixtur nicht so befriedigende Resultate bei Erwachsenen, wie bei Kindern zur Folge hat.

Dieser Arzt, der von dem Gebrauch dieses Mittels herrliche Wirkungen in zwei Epidemieen von Keuchhusten gesehen hat, versichert, dass es eben so grossen Nutzen beim Husten, der die Masern begleitet, leistet, und in beiden Affektionen sich gleich spezifisch erweise. (Oesterr. medizin. Jahrbücher.)

---

3. Vereiterung der *Vena jugularis interna*, in Verbindung mit einem Abszesse bei einem 5jährigen Kinde.

Bei einem 5jährigen Kinde, erzählt W. Bloxam, entstand gegen Ende einer Scharlacheruption ein Drüsenabszess an der rechten Seite des Halses, gerade unter dem Kieferwinkel. Der Abszess öffnete sich von selbst und es erfolgte ein reichlicher Eitererguss; am 5ten Tage wurde derselbe blutig, die rothe Färbung nahm immer mehr zu und es trat endlich eine venöse Hämorrhagie ein. Als der Verf. am 3ten Tage nach diesem Zufalle das Kind sah, war es sehr blass und fast blutleer und dabei sehr reizbar; der Puls hatte eine grosse Frequenz, die Extremitäten waren kalt, und der Blutverlust sehr bedeutend. Die Blutung hatte nicht vollkommen gestillt werden können, sondern kehrte bei jedem Husten, Bewegung des Körpers, oder Aufregung des Gemüthes augenblicklich wieder zurück; durch Anlegung eines Druckverbandes wurde es aber möglich, dieselbe 12 Stunden zurückzuhalten. Des Abends konnte man wegen grosser Unruhe und Unfolgsamkeit des Kindes nicht verhindern, dass sich der Verband öfters verschob, und jedesmal eine neue Blutung erfolgte; so dauerte der Zustand, von der ersten Hämorrhagie bis zum Tode, volle 5 Tage.

Bei der Obduktion fand man eine grosse Menge halb geronnenen Blutes zwischen den Integumenten des Halses und dem vordern Theile der Brust. Nachdem der Abszess sorgfältig blossgelegt, die *Art. jugularis interna* und die Karotis an einer tiefern Stelle des Halses durchschnitten und eine Sonde aufwärts in den Abszess geführt worden war, fand man an der innern Seite der *Vena jugularis interna*, in der Richtung der Längenaxe, ein längliches, fünf Linien grosses Geschwür, das unmittelbar in den Sack des Abszesses einmündete. Diese Perforation erklärt hinreichend die Quelle jener während des Verlaufs der Krankheit stattgefundenen grossen Hämorrhagien, und der Fall selbst dürfte wohl zu den seltensten Beobachtungen gehören. (*Medico-Chirurgical Transactions Vol.* 26. 1843.)

---

4. Abgang einer ungewöhnlich grossen Menge Würmer bei einem kleinen Knaben.

Ein Knabe ganz gesunder Eltern, der, bis zu seiner Entwöhnung im 14ten Monate, vollkommen gesund gewesen war, wurde um diese

Zeit von einer Gastroenteritis befallen, die ein antiphlogistisches Verfahren zwar beseitigte; inzwischen aber bildete sich ein grosser Abszess in der linken Achselhöhle. Die Krankheit schien grösstentheils Folge ungesunder Nahrung gewesen zu sein, die er von der Amme erhalten hatte. Nach seiner Genesung war er zwar in jeder Hinsicht wohl, hatte aber besondere Begierde, Erde, Kalk und andere ungeniessbare Dinge zu verschlucken. Er war jetzt 18 Monate alt, als aufs neue Symptome von Gastroenteritis eintraten, wogegen man theils örtlich, theils allgemein antiphlogistisch verfuhr. Unter dieser Behandlung wurde der Bauch weich und die Konstipation fing an zu weichen, als mit einem Male der Leib wieder gespannt wurde, und solche heftige Schmerzen eintraten, dass sich der Kleine von seinem Lager auf die Erde warf und in grösster Angst hin und her rollte. Er schrie beständig nach Nahrung, und verschlang Alles, was ihm gereicht wurde. Während dieses Zustandes waren die Augen starr, die Pupillen erweitert, die geröthete Zunge belegt, der Athem übelriechend. Das Nervensystem selbst befand sich in einem sehr aufgeregten Zustande, so dass konvulsivische Bewegungen der Glieder und Zuckungen der Gesichtsmuskeln eintraten. Man wandte Fomentationen auf den Unterleib an und gab Anthelmintika, wonach 12 Lumbrici abgingen. Die Fortdauer der Symptome erheischte unausgesetzt dasselbe Verfahren und hatte denselben Erfolg, so dass innerhalb 8 Tagen 510 Spulwürmer, sowohl todte als lebendige, durch den Mund und After ausgeleert wurden, von denen die meisten 6 Zoll lang waren. Obgleich sehr angegriffen, erholte sich dennoch das Kind nach dieser Ausleerung vollkommen und in sehr kurzer Zeit. (Dr. Gilli in Turin, s. ***Giornale delle Scienze med. di Torino.*** März 1842.)

---

5. Behandlung der *Impetigo larvalis* bei Kindern durch Merkurialbäder.

Die *Impetigo larvalis* kommt bei Kindern oft in Folge eines allgemeinen Unwohlseins vor, deren Krise sie zu sein scheint; sie charakterisirt sich durch einen ekzematösen oder durch einen impetiginösen Ausschlag. Die Heilung ist im Allgemeinen ziemlich leicht, und in der Behandlung hat Trousseau grossen Nutzen von täglich gegebenen Merkurial-Bädern, bis die Hautaffektion der Heilung nahe ist, gesehen. Trousseau versichert, dass er nie Zufälle in Folge dieser Methode

durch die Absorption des Quecksilbersalzes gesehen habe, selbst wenn zahlreiche Ulzerationen der Haut vorhanden waren. Dennoch glauben wir, dass man das Mittel mit der grössten Vorsicht anwenden muss.

Die Formel zum Bade für ein Kind ist nach Trousseau:

℞ *Hydrargyr. muriat. corros.* ℥β—℈iv,
Ammonii muriatici āā,
Aqua commun. Mens. 40—75.
S. (*Gazette des Hôpitaux.*)

---

6. Angeborene Variola.

Dr. Laborie theilt zwei interessante Fälle mit, in Bezug auf die Uebertragung der Krankheiten von der Mutter auf das Kind, oder vom Kinde auf die Mutter.

Der erste Fall handelt von einer Frau, die im achten Monat ihrer Schwangerschaft von konfluirenden Pocken befallen wurde. Die Krankheit verlief regelmässig und war bis zum letzten Stadium, nämlich zur vollkommenen Desquamation gelangt, als sie mit einem Mädchen niederkam, welches ebenfalls Variola-Pusteln, aber auf einer weniger vorgeschrittenen Stufe zeigte; die *Variola congenita* war eine *discreta.* Hat nun, frägt Dr. Laborie, dieselbe Krankheit Mutter und Kind zu gleicher Zeit befallen, und hing der langsame Verlauf bei dem letzteren von der eigenthümlichen, der Luft entzogenen Lage des Kindes ab, oder wäre es nicht gemässer, die Affektion für konsekutiv zu halten?

Eine andere Frau, auch im achten Monate der Schwangerschaft, lag wegen einer zu derselben hinzugetretenen Affektion im Hospitale neben einer Kranken mit Variola. Sie wurde, da sie vakzinirt war, nicht angesteckt. Das Kind aber, von dem sie kurz nachher entbunden wurde, zeigte den Pockenausschlag. (*Gazette des Hôpitaux.*)

---

7. Robertson's Behandlung der *Cynanche trachealis.*

Dr. Mulde verwirft die Anwendung der Blutegel, und empfiehlt dafür die Venäsektion, die eine viel schnellere Wirkung auf den Organismus ausüben solle. Es bringt die örtliche Blutentleerung eher eine entgegengesetzte Wirkung hervor; denn die Arterien, welche die äussere

Haut des Halses und der Brust versorgen, kommen nicht von denselben Stämmen, die sich in die Schleimhaut des Larynx, der Glottis, Trachea u. s. w. verbreiten, und anstatt der Anziehung und Ableitung durch einen vermehrten Zufluss nach der Oberfläche, wo die Blutegel applizirt sind, entsteht die entgegengesetzte Wirkung; denn es ist bekannt, dass, wenn ein Blutegel angesetzt wird und anfängt zu saugen, eine Menge kalter Flüssigkeit von ihm herunterfliesst und das Blut in die inneren Theile und zu den verschiedenen Gefässen, von denen sie es erhalten, zurücktreibt. Auch die Vesikatorien verwirft er, wegen ihrer Reizung der Urinwerkzeuge. Er bedient sich wie Robertson statt reizender Linimente, so einer Verbindung von gleichen Theilen *Ol. Terebinth.*, *Linim. camphor. compos.* und *Ol. Olivar.;* bei sehr jungen Kindern weniger Terpenthin, welche auf ein Stück feinen Flanells, Leinwand oder Watte gestrichen, auf den Hals oder oberen Theil der Brust aufgelegt wird; ferner des Jods, der Ammoniak-Präparate, der *Tinct. Cantharidum* (doch?), bisweilen des Senfs. Wenn sich kleine Bläschen bilden oder die Haut sehr roth wird, so muss das Rubefaciens ausgesetzt werden.

Nach dem Emetikum giebt er Kalomel, jede 2, 4 oder 6 Stunden wiederholt, in einer dem Alter und den Kräften des Kindes angemessenen Dosis; der Leib wird durch Rheum, *Kali tartaricum* oder dergleichen offen erhalten. Ist die Haut trocken und heiss, so ist ein warmes Bad von gutem Nutzen. Vergl. Robertson's Heilmethode in diesem Journale Bd. I. S. 318.

---

8. Plötzliche Heilung eines Keuchhustens durch den Abgang dreier Spulwürmer.

Die Kranke war ein kräftiges 11jähriges Mädchen, bei welchem bereits alle Zeichen der bevorstehenden Menstruation vorhanden waren. Die Paroxysmen der *Tussis convulsiva* traten ein, sobald die Kranke aus der liegenden Stellung sich aufrichtete, wobei ein eigenthümlicher Kitzel in der epigastrischen Gegend empfunden wurde, welcher die Hustenanfälle hervorrief. Nach 14tägiger Dauer des Hustens verordnete Dr. Cerise das *Extr. Belladonnae.* Am folgenden Tage gingen mit dem Stuhlgange 3 Spulwürmer ab und der Husten kehrte von diesem Augenblicke an nicht wieder. Ob das gegebene Mittel hier als wurmtreibendes gewirkt habe, lässt sich nicht mit Sicherheit

angeben. Das kitzelnde Gefühl und die darauf folgenden Hustenanfälle schreibt Dr. Cerise dem Reize zu, der von den Parasiten auf die letzten Endigungen des *Nerv. pneumogastricus* ausgeübt wurde. (*Annales médico-psychologiques*, Juli 1843. p. 156.)

---

9. Ueber Hämorrhagien in der Höhle der *Arachnoidea cerebralis*.

Barthez und Rilliet haben Beobachtungen mitgetheilt, die wir denen von Becquerel, die im Bd. I. Heft 3. dieses Journals ihre Stelle gefunden haben, hier anreihen.

Die Verf. beschäftigen sich zuerst mit der pathologischen Anatomie; sie beschreiben genau die Veränderungen, welche das Blut fast gleich, nachdem es ergossen ist, erleidet, seine Trennung in zwei Theile, die Formation der serösen Kyste, deren unteres Blatt man sonst für die Arachnoidea selbst gehalten hatte. Diese Beobachtungen stimmen mit den bei Erwachsenen gemachten vollkommen überein. Die Verf. beweisen ferner, dass das Blut sich im Sacke der Arachnoidea, nicht zwischen dieser und der harten Hirnhaut befinde, und machen darauf aufmerksam, dass man die nach Blutergüssen sich bildenden Pseudomembranen nicht mit entzündlichen Produkten verwechseln dürfe.

Die Diagnose dieser Hämorrhagien bei Kindern ist wegen der zahlreichen Komplikationen ausserordentlich schwierig, und man muss in dieser Beziehung zwei Reihen von Fällen unterscheiden, je nachdem eine konsekutive Erweiterung des Kopfes eintritt, oder nicht. Im letzteren Falle kann man die Krankheit nicht erkennen, da sie überhaupt kein ihr eigenthümlich zukommendes Symptom hat. Findet aber Erweiterung statt, so kann die Krankheit leicht mit Hydrocephalus in Folge von Hirntuberkeln verwechselt werden. Dieser kommt indess vor dem zweiten Jahre fast niemals vor, und tritt in der Regel mit Konvulsionen auf.

Unter den Ursachen verdient vorzugsweise Druck auf irgend eine Stelle des Gefässsystems, namentlich des venösen Systems oberhalb des Zwerchfells, erwähnt zu werden. Dahin gehören die Krankheiten der *Sinus durae matris*, die Kompression der oberen Hohlvene durch angeschwollene Bronchialdrüsen u. s. w.

Die Behandlung ist die antiphlogistische: Kälte, Blutegel, Ableitungen auf den Darmkanal. (*Gazette medicale.*)

V. Verhandlungen gelehrter Vereine und Gesellschaften.

Westminser medical Society in London.

Scharlachfieber und dessen Nachkrankheiten.

Am 25. November vorigen Jahres fand eine Verhandlung über das Scharlachfieber und einige Folgen desselben statt. — Auf die Frage eines Mitglieds, welches die kürzeste Periode sei, in der ein zweiter Anfall dieser Krankheit auf den ersten folge, wurde mit der Erzählung eines Falles geantwortet, bei dem nur ein Monat zwischen dem ersten und zweiten Anfalle verflossen war. Die Einzelheiten dieses Falles jedoch waren nicht genau genug, um die Mitglieder in den Stand zu setzen, sich ein richtiges Urtheil darüber zu bilden, ob die Symptome des zweiten Anfalls sich wirklich als die des Scharlachfiebers erwiesen haben, oder vielleicht als einige Wirkungen dieser Krankheit auf den Patienten anzusehen waren.

Dr. A. T. Thomson erinnerte sich keines Falles, in dem ein zweiter Anfall von Scharlachfieber in weniger als zwölf Monaten nach dem ersten eingetreten wäre. Einige Fälle von sekundären Masern wurden erzählt, bei welchen ein zweiter Anfall sechs Wochen nach dem ersten gekommen wäre.

Einige Verhandlungen folgten über die Folgen, die das Scharlach zu haben pflegt. Die Sprecher waren die Doktoren A. T. Thomson, Leonard Stewart, Reid, Chowne, und die Herren Streeter, Leese, E. Chowne, Wilkinson King, Chinnock und Snow.

Snow: Die wichtigsten Folgen des Scharlachfiebers, sagt er, sind mit einem Kongestivzustande der Nieren, mit albuminösem oder sanguinolentem Urin, der oft, obgleich nicht immer, von Anasarka begleitet ist, verbunden. Er behauptet, dass diese Affektion der Nieren angesehen werden müsste als ein Theil des Scharlachfiebers, und zwar aus folgenden Gründen: weil sie oft ohne Erkältung oder eine andere

Ursache eintrete, weil sie sowohl die mildesten als heftigsten Fälle von Scharlachfieber begleite, und weil in ihrem Auftreten ganz regelmässige Perioden beobachtet werden könnten, da sie meistentheils gegen den 21sten Tag nach dem ersten Erscheinen des Eruptionsfiebers einzutreten pflege, obgleich er Fälle beobachtet habe, wo sie einige Tage früher oder später gekommen war. Die Patienten müssten daher 4 Wochen nach dem Beginn des Fiebers als krank angesehen werden, wenn sie auch vollständig genesen zu sein schienen; Erkältung müsste sorgfältig vermieden werden in dieser Periode und dem Arzte sogleich Nachricht gegeben werden, wenn irgend eine Störung des Allgemeinbefindens beobachtet würde; Oedem des Gesichts werde oft als das erste Symptom beobachtet, und anfangs wurde der Urin oft in geringer Quantität ausgeleert, und zuweilen ist er ganz unterdrückt. — Herr Snow erzählte zwei Beispiele, wo die Kinder nachher genasen, bei welchen in 24 Stunden kein Urin ausgeleert wurde, und am Ende dieser Zeit eine oder zwei Unzen einer Flüssigkeit, die grösstentheils aus Blut bestand. Zuweilen ist Hydrops die einzige Begleitung dieser Affektion der Nieren, und es lasse sich in therapeutischer Beziehung viel hoffen, wenn die hydropische Ausschwitzung nicht ein wichtiges Organ affizirt, zum Beispiel in die Pleura oder in das Zellgewebe der Lungen ergossen sei; aber sehr oft sei zugleich mit der Hydrops eine akute Entzündung einer oder mehrerer seröser Membranen vorhanden, wie des Bauchfells, der Pleura, oder des Perikardium; Perikarditis scheine die häufigste und verderblichste Komplikation zu sein. Die Extensität und Intensität dieser Entzündungen stehen nicht im Verhältniss mit der Hydropsie, und diese könne ganz fehlen, wenn erstere existiren. Er erzählte einen Fall von Scharlachfieber bei einem kleinen Knaben, bei welchem nach der Eruption ein albuminöser Zustand des Urins begann, zugleich mit Peritonitis, und nachher mit heftiger Perikarditis, aber ohne ein Anasarka während der ganzen Krankheit. Bei dieser Affektion war die Menge Harnstoff sehr unter dem natürlichen Maasse; der Urin wurde in geringer Menge ausgeleert und war von geringer spezifischer Schwere; der zurückbleibende Harnstoff war natürlich im Blute enthalten, da er durch Reagentien entdeckt werden konnte, und nach seiner Meinung ist dieser grade die Ursache der so häufig sich einstellenden Entzündung. Es müsse ein direkter Konnex zwischen dem Scharlachfieber und der akuten Krankheit der Nieren vorhanden sein, der erörtert zu werden verdiene; und es ist schon gezeigt worden, dass diese Affektion der Nieren leicht chronisch werden und

in die granulöse Degeneration derselben, gewöhnlich Bright'sche Krankheit genannt, endigen kann. Antiphlogistische Maassregeln, im Verhältniss zu den Kräften des Patienten und zur Dringlichkeit der Symptome, seien die Hauptmittel der Behandlung, und die Mehrheit der Autoritäten stimme mit der Ansicht der DD. Wells und Blackwell überein, dass Kalomel schädlich sei.

VI. Miszellen und Notizen.

Erstes Kinderspital in Wien, Abtheilung für Zahlende. Das erste Kinderspital in Wien (im Schottenfelde), unter ärztlicher Leitung des als Kinderarzt berühmten Dr. Mauthner und unter dem Schutze Ihrer Majestät der Kaiserin befindlich, besteht seit fünf Jahren. Es hatte den Zweck, vorzugsweise an akuten Krankheiten leidende Kinder aufzunehmen; es schloss aber auch chronische Krankheiten nicht aus, sofern solche in einer nicht gar zu langen Zeit das Resultat der ärztlichen Behandlung hoffen liessen. Indessen hat die Erfahrung zu der Ueberzeugung geführt, dass die Wirksamkeit der Spitäler, wenn sie wahrhaft wohlthätig sein soll, auch auf diejenigen Kinder ausgedehnt werden müsse, die an solchen langwierigen Krankheiten leiden, welche zu ihrer Beseitigung ganz besonders des Genusses frischer Luft, eines grossen Gartens, reinlicher und gesunder Wohnung, eines angemessenen Regimens, genau berechneter Diät, Bewegung, Ruhe u. s. w. bedürfen, Alles dieses aber bei ihren Eltern oder Angehörigen nicht haben können. Viele von diesen würden gern einen mässigen Preis zahlen, wenn sie ihren Kindern oder Mündeln diese zu ihrer Gesundheit nöthigen Erfordernisse verschaffen könnten. Die gewöhnlichen Krankenhäuser einer grossen Stadt, selbst die für kranke Kinder eingerichteten, gewähren nur wenig hiervon, und dieses ist wohl der alleinige Grund gewesen, dass am 1. Oktober 1842 an dem obengenannten „ersten Kinderspitale" in Wien eine Abtheilung für die in diese Kategorie kommenden Kinder beigegeben worden ist. Vom Tage der Eröffnung bis zum Oktober dieses Jahres, also im ersten Jahre, haben 73 Kinder der erwähnten Art Zuflucht gefunden, und die meisten davon sind den Ihrigen geheilt oder bedeutend gebessert wieder zugeführt worden. Um den Zugang zu dieser Abtheilung des Kinderspitals zu erleichtern, sind in diesem Jahre einige Modifikationen in den

Aufnahmebedingungen bewirkt worden. Da nun Berlin mit seinen jetzt 350,000 Einwohnern dem Luxus und der Opulenz gegenüber nicht weniger Dürftigkeit, Armuth und Elend darbietet, als die alte Kaiserstadt, und folglich daselbst das Bedürfniss nach Kinderheilanstalten, von denen hier bald ein zweites ins Leben treten solle, eben so gross ist, so wird man es uns Dank wissen, wenn wir die Erfahrungen, die man in Wien schon gewonnen hat, zu passender Zeit mittheilen. Hier nur über die Bedingungen der Aufnahme kranker Kinder in die zahlende Abtheilung des ersten Kinderspitals: 1) „Es werden Kinder von 14 Tagen bis 12 Jahren ohne Unterschied aufgenommen." Das „ohne Unterschied" bezieht sich offenbar auf das Geschlecht und den Stand. — 2) „Die Verpflegungsgebühr ist in der ersten Klasse 20 Kreuzer K. M., in der zweiten 10 Kr. K. M. pro Tag, und soll bei der Aufnahme des Kindes für wenigstens acht Tage vorausbezahlt werden; beim Austritte oder Ableben des Kindes wird der etwa bleibende Ueberschuss zurückgezahlt." — Es ist dies nach Berliner Werthung in der That sehr billig, so dass sicherlich das Institut eines grossen Zuschusses bedarf, um bestehen zu können. — 3) „Für sterbend überbrachte Kinder, welche den Tag nach ihrer Aufnahme verscheiden, so wie auch für diejenigen, welche den Tag nach ihrem Eintritte wieder zurückgenommen werden, ist eine viertägige Verpflegungsfrist zu entrichten." — 4) „Falls die Verpflegungsgebühr nicht nach Ablauf einer Woche entrichtet wird, so wird dieselbe nachträglich eingeholt, das Kind aber zurückgesendet." — 5) „In diese Verpflegungsgebühr ist Alles eingerechnet, was das kranke Kind zu seiner Verpflegung und Behandlung bedarf; die schulfähigen Kinder werden, wenn sie nicht bettlägerig sind, in den Elemtargegenständen und in der Religion gratis unterrichtet." — 6) „Ist das Kind ein Säugling, so muss nebst der Verpflegungsgebühr für die herbeizuschaffende Amme eine eigene Vergütigung stattfinden." — Wie gross ist diese Vergütigung? Muss für die Amme noch besondere Verpflegungsgebühr entrichtet werden, und zu welchem Satze? Hier in Berlin sind wir noch Neulinge in diesen Einrichtungen und jede Nachricht würde uns nützlich sein. — 7) „Die Kosten der Leichenbegängnisse für verstorbene Kinder müssen von den Eltern oder Vormündern bestritten werden." Hier in Berlin und wohl in allen protestantischen Städten finden bei kleinen Kindern eigentliche Leichenbegängnisse nicht statt, sondern nur eine stille Beerdigung. Holen die Eltern oder Vormünder nach ihnen gemachter Anzeige den Leichnam in bestimmter Zeit nicht ab, so verfällt er zu wissenschaftlichen Zwecken

dem Hospitale. 8) „Da statutenmässig in das Kinderspital kranke Kinder bis zum 12ten Jahre ihres Alters aufgenommen werden, können auch Innungen oder Fabrikbesitzer ihre erkrankten Lehrlinge in die Anstalt unterbringen, wofür sie entweder einen Pauschalbetrag oder täglich 10 Kr. K. M. im Voraus entrichten müssen." Abgesehen von dem neuen, für uns Norddeutsche ganz gewiss höchst wunderlichen wienerischen Adjektivum „Pauschal", müssen wir auch darüber erstaunen, dass kranken Lehrjungen ein Kinderspital angeboten wird. Sind denn in Wien die Lehrburschen noch so jung? Sind denn dort wirklich viele noch nicht älter als 12 Jahre? Hier in Berlin müssen die Knaben, bevor sie in die Lehre oder in irgend einer Fabrik in Arbeit treten, erst so weit herangereift sein, dass sie konfirmirt werden können; wenigstens ist es allgemeine Sitte. — „Die im 12ten Jahre bereits befindlichen Kinder müssen bei ihrer Aufnahme den Taufschein oder ein Taufzeugniss vorweisen." Sind denn die nicht mit Taufscheinen begabten Kinder von Juden, Moslims und Zigeunern, von welchen drei Sorten menschlicher Geschöpfe es eine gute Anzahl in Wien geben soll, wenn sie arm, bedürftig und dabei krank sind, von der Wohlthat, die das Kinderspital spendet, überhaupt oder nur von der zahlenden Abtheilung ausgeschlossen? Ersteres ist kaum glaublich; es wäre dieses nicht christlich, am allerwenigsten katholisch-christlich, denn Wohlthun und Barmherzigkeit im vollsten Maasse ohne engherzige Rücksicht auf den Glauben und die Denkweise Dessen, der der Wohlthat bedürftig ist, war von jeher und ist noch eine der schönsten und edelsten Blüthen des Katholizismus, gegen die die dünkelhafte Selbstgenügsamkeit, die hochmüthige Beschränktheit und die aus Pietismus, Aberwitz und Eigennutz zusammengebackene moderne Intoleranz, womit um uns herum in den meisten grossen protestantischen Städten Hospitäler, Armenanstalten, Krankenvereine, Barmherzigkeitsinstitute u. s. w. ihre Wohlthätigkeitsspenden auf das Kleinlichste abwägen, abzirkeln und eindämmen, grell und widrig absticht. Ob wohl Kinder von Moslims, Juden, Zigeunern u. s. w. auch Menschen sind? Und wenn Menschen, krank, arm, verlassen, bedürfen sie dann durchaus des Taufscheins, dass sie von Menschen, wenn auch anderen Glaubens, Beistand und Pflege erlangen? Und wenn nun das „erste Kinderspital in Wien" seine segensreiche Wirksamkeit, wie zu vermuthen steht, nicht so engherzig beschränkt, so wäre es ein sonderbarer Widerspruch, sollte nur die zahlende Abtheilung, welche bei der geringen Vergütigung, die sie verlangt, der von ihrem Tageserwerb lebenden Klasse eine grosse

Wohlthat sein muss, diese Beschränkung sich selber auferlegt haben. Würde es statt „Taufattest" künftig nicht lieber „Altersattest" oder „Geburtsschein" heissen müssen? Denn „geboren" sind sicherlich die Kinder aller Konfessionen. — 9) „Für das Hinbringen der kranken Kinder in die Anstalt und für das Zurückbringen aus derselben haben die Eltern und Verwandten zu sorgen." — Die Aufnahme findet täglich von 4—6 Uhr statt; in dringenden Fällen zu jeder Stunde.

Ein neues Kinderkrankenhaus in Berlin. Die Statuten dazu sind bereits entworfen, genehmigt und durch den Druck bekannt gemacht. Es sollen kranke Kinder, sobald sie der Mutterbrust entwöhnt, das erste Lebensjahr überschritten haben, und sofern sie nicht älter als 12 Jahre sind, aufgenommen und unentgeltlich gepflegt und behandelt werden. Ausgeschlossen sind nur Pocken-, Krätz- und unheilbare Kranke. Dürftigkeit allein ist hinreichend, die Aufnahme zu erlangen, so lange Platz ist. Nach Religionsbekenntniss wird nicht gefragt; die Barmherzigkeit soll, so weit sie das Institut zu spenden vermag, durch nichts eingeschränkt werden. Zur vorläufig anordnenden Kommission gehören neben einigen angesehenen hiesigen Bürgern theils christlichen, theils jüdischen Glaubens, Herr Geh. Rath Dr. Barez und die praktischen Aerzte Herr Dr. Löwenstein und Herr Dr. Schnitzer, tüchtige Praktiker, die ganz gewiss auch die ärztliche Leitung haben werden. Sobald die nöthigen Geldmittel durch freiwillige Beiträge zusammengebracht sind, soll die Anstalt ins Leben treten.

Merkwürdiger Fall von *Purpura haemorrhagica*. Im Hospital des Findelhauses zu Paris, welches unter Leitung des Dr. Thévenot de Saint-Blaize steht, bot sich bei einem Kinde von 3½ Jahren, das mit Impetigo auf dem ganzen Körper behaftet war, ein merkwürdiger Fall von *Purpura haemorrhagica* dar. Zuerst bedeckte sich der ganze Körper mit rothen Flecken, worauf man wenig achtete; dann trat aber eine heftige Blutung aus dem Zahnfleische und aus der Fläche zwischen der Ohrmuschel und dem *Proc. mastoideus* ein, die durch Kauterisation mit *Argent. nitricum* gestillt wurde. Am nächsten Tage, als man den Kopf von den Schorfen reinigte, floss Blut aus den wunden Stellen, zu dem sich wieder die blutige Ausschwitzung hinter den Ohren gesellte. Der Kopf wurde mit einem Tuche bedeckt, das am folgenden Morgen beim Abnehmen ganz von Blut durchnässt war; auf dem behaarten Theil zeigten sich

bläulich rothe Flecke von verschiedener Grösse, aus welchen Blut hervorquoll, ja sogar aus einer grossen rosenrothen Stelle am vorderen Theil des Kopfes und Halses floss das Blut tropfenweise aus. Dabei befand sich das Kind vollkommen wohl, hatte guten Appetit, und klagte nirgends über Schmerz; die Respiration war normal, die Herzschläge sehr beschleunigt. Nach 3 Wochen war das Kind vollkommen hergestellt.

Chorea, verbunden mit Paralyse. Dr. Turnbull erzählt einen solchen Fall, wo die konvulsivischen Bewegungen nur auf der rechten Seite stattfanden, während die linke gelähmt erschien. Hob man die Glieder dieser Seite in die Höhe, so fielen sie durch ihre eigene Schwere wieder nieder, ohne dass die Kranke (ein 14jähriges Mädchen) im Stande war, dagegen anzukämpfen. Zugleich war der Druck auf die Zervikalwirbel sehr schmerzhaft. Blutegel an dieser Stelle, so wie Pillen aus Aloe und Kalomel, brachten in 14 Tagen Heilung zu Stande. (*London medical Gazette.*)

Chinin gegen Scharlach. Zwei Kinder einer Familie wurden von sehr bösartigem Scharlach ergriffen; ein Kind war schon todt, als Dr. Searle in Bath ankam. Das andere, ein Mädchen, 17 Jahre alt, fand er delirirend, mit heftiger Angina, Puls 120, und sehr heisser Haut. Er verordnete Blutegel an die Schläfen, innerlich Kalomel mit Antimon; die Haut liess er mit warmem Wasser unter der Bettdecke fleissig schwämmen, und den Rachen durch einen Pinsel mit Weinessig und Honig fleissig pinseln. Gleich darauf gab er ein Gran Chinin in einem Esslöffel voll Portwein, wiederholte dieses die ganze Nacht durch zweistündlich, und dazwischen noch dünne Sago mit Wein. Am folgenden Morgen grosse Besserung, und bei fortgesetzten Mitteln war gegen Abend alle Gefahr beseitigt. Die Kranke nahm aber noch am nächsten Tage 3—4 Gr. Chinin pro dosi. — Auch in zwei anderen Fällen in derselben Familie gab er erst ein Brechmittel, dann Kalomel und Jalappe und hierauf Chinin mit Portwein. Der Erfolg war vortrefflich. Hierauf wurde dieses Verfahren auch von anderen Aerzten in derselben Epidemie benutzt. — Ob es nicht auch in vielen anderen Scharlachepidemieen zu empfehlen sei? Hier in Berlin ist in der That das Chinin in einigen mit grosser Schwäche gepaarten Fällen von Scharlach mit anscheinend sehr grossem Erfolge (von Dr. Behrend) gegeben worden.

Jedes Jahr erscheinen 12 Hefte in 2 Bänden. — Gute Original-Aufsätze über Kinderkrankh. werden erbeten und am Schlusse jedes Bandes gut honorirt.

JOURNAL
FÜR
KINDERKRANKHEITEN.

Aufsätze, Abhandlungen, Schriften, Werke, Journale etc. für die Redaktion dieses Journals beliebe man kostenfrei an den Verleger einzusenden.

BAND II.] BERLIN, FEBRUAR 1844. [HEFT 2.

I. Abhandlungen und Originalaufsätze.

Zweite Nachricht über das Kinderhospital zu St. Petersburg, vom Direktor und Oberarzte desselben, wirkl. K. russ. Staatsrathe Dr. J. F. Weisse, Ritter etc. daselbst.

(Schluss, s. voriges Heft S. 23.)

8. Mastitis. Ein Mädchen von 13 Jahren, graziler Konstitution und von skrophulösem Habitus, für sein Alter aber geschlechtlich schon sehr entwickelt, wurde den 18. Januar wegen Krätze zu uns abgegeben. Diese verlor sich allmälig beim Gebrauche von Schwefelblumen und Schwefelleber-Bädern. Am 12ten Tage der Aufnahme erkrankte Pat. mit einem leichten gastrischen Fieber, welches durch ein Brechmittel und den Gebrauch einer Salmiakmixtur bald wieder gehoben ward, so dass sie, da auch die Krätze unterdessen völlig verschwunden war, zu den Rekonvaleszentinnen gezählt werden konnte. Am 15. Februar jedoch erneuertes Fieber mit Erbrechen und heftigen Kopfschmerzen, zugleich eine leichte erysipelatöse Entzündung der linken Mamma, in welcher wir bei der Untersuchung eine bedeutende, in der Tiefe liegende Verhärtung entdeckten. Nachdem das Fieber und das Erysipelas auf ein nochmals gereichtes Brechmittel gehoben waren, verordnete ich der Kranken innerlich die Jodine und äusserlich eine Jod-Quecksilbersalbe, weil ich die skrophulöse Dyskrasie besonders berücksichtigen zu müssen glaubte. Da diese Behandlung jedoch in Zeit von 14 Tagen nichts änderte, so griffen wir zur animalischen Kohle, nach deren achttägigem Gebrauche die Verhärtung zwar um etwas verringert zu sein schien, zugleich aber auch ein Uebergang derselben in Eiterung nicht zu verkennen war. Ueberdies hatten sich unterhalb der ursprünglichen Verhärtung noch einige kleine Geschwülste gebildet, in welchen Pat. ab und zu flüchtige Stiche fühlte. Erwei-

chende Kataplasmen brachten den vermutheten Abszess in einigen Tagen zur Reife, so dass er geöffnet werden konnte. Es ergoss sich zur grossen Erleichterung der Kranken eine Menge gut gekochten Eiters; wir fühlten indess in der Tiefe der Brust immer noch eine bedeutende Härte. Pat. erhielt jetzt das ***Ol. Jecor.*** nebst Pulvern aus ***Aeth. Antim.*** und ***Extr. Cicut.***, und die kranke Brust ward mit ***Empl. saponat.*** bedeckt. Während dieser Behandlung bildete sich wieder ein Abszess, der am 22. März von selbst aufbrach und ebenfalls viel guten Eiter ergoss. In den folgenden Tagen nahm derselbe aber eine mehr saniöse Beschaffenheit an; die oberhalb der Mamma gelegene Haut bekam ein livides Aussehen, und es fand sich daselbst eine kleine Stelle, welche beim Druck sehr empfindlich war, so dass wir Karies vermutheten. Die Kräfte der Kranken begannen sichtlich zu sinken, so dass wir sie durch China unterstützen mussten, bei deren Gebrauche zwar eine bessere Eiterung eintrat, die Induration und die Neigung zur Abszessbildung jedoch fortdauerten, und den 15. April wiederum sich ein Abszess nach aussen Bahn brach. Jetzt hatten wir drei verschiedene Eiterheerde vor uns. Die sich der Kranken sehr wohlthätig beweisenden Kataplasmen wurden jetzt ununterbrochen fortgesetzt, und innerlich isländisches Moos gereicht. Es hoben sich die Kräfte wieder, zwei von den Wunden schlossen sich, und es schmolzen allmälig alle Verhärtungen, bis auf die ursprünglich dagewesene. Es wurde gegen diese nochmals eine Jodsalbe in Anwendung gebracht und zugleich das Adelheidswasser innerlich gereicht. Von letzterem mussten wir jedoch bald wieder abstehen, weil sich abermals fieberhafte Bewegungen mit dyspeptischen Symptomen einstellten, wie wir von jetzt an überhaupt nur äusserliche Mittel anzuwenden uns genöthigt sahen, da Pat. innere Arzneien durchaus nicht mehr zu vertragen schien. So war nun die kranke Brust, welche früher fast von dreifach grösserem Umfange als die andere gewesen war, mit dem 1. Juni auf ihre Normalgrösse zurückgetreten. Es stellte sich am 5. Juni von Neuem Fieber mit heftigem Kopfweh ein, wogegen eine Salmiakmixtur mit ***Natr. nitric.*** und einige Blutegel an die Schläfen verordnet wurden. Nach diesem letzten Sturme, welcher einige flüssige Stuhlentleerungen im Gefolge hatte, war die Härte in der Brust bis auf ein Kleines geschwunden, wogegen ***Empl. saponat.*** angeordnet ward. Pat. erhielt ein ***Infus. rad. Ipecac.*** mit ***Pulp. Tamarind.*** und ***Spir. nitric. dulc.***, und ging nun rasch ihrer vollständigen Genesung entgegen. Da brach am 10. Juni ein weisser Friesel auf Brust und Unterleib aus, ohne dass

indess grosse Unordnungen im übrigen Zustande eintraten. Nach einem dreiwöchentlichen Gebrauche eines kalt bereiteten Chinaaufgusses verliess Pat. Ende Juli stark und gesund die Anstalt, wo sie über ein halbes Jahr lang zugebracht hatte.

Vorliegender Fall gehört ohne Zweifel zu der von Velpeau sogenannten Submammar-Entzündung, und ist deshalb vorzüglich bemerkenswerth, weil er sich bei einer noch nicht völlig entwickelten Jungfrau ereignete. [1])

9. *Zoster gangraenosus.* Gegenstand dieser Beobachtung war ein 7jähriges, schlecht genährtes Mädchen, das den sogenannten Gürtel rechterseits auf dem Unterleibe in der Breite einer Hand darbot. Derselbe verbreitete sich unterhalb des Nabels von der *Linea alba* bis zur *Columna vertebralis*, dort in sehr dicht gedrängt stehenden, hier nur in einzelnen Pusteln. Nachdem derselbe mehrere Tage lang unter bedeutenden brennenden Schmerzen bestanden hatte, sanken die Pusteln am Unterleibe ein und bildeten eben so viele gleichsam wie ausgemeisselte Löcher in der Haut, aus welchen brandiges Zellgewebe hervorschien. Nachdem sich dieses hervorgestossen hatte, bot die von der Zona ergriffen gewesene Stelle einen sonderbaren netzförmigen Anblick dar, welchen ich nicht besser, als mit einer Wachswabe vergleichen kann. Es ward der Kranken jetzt ein Chinadekokt und zum Verbande eine Salbe aus Eigelb und *Bals. peruv.* verordnet. Bei dieser Behandlung trat nach einigen Wochen vollständige Herstellung ein, mit Hinterlassung einer Menge deutlich wahrnehmbarer Narben. — Ob Pat. später in denselben bei Veränderungen des Wetters Schmerzen empfunden habe, wie Pascal [2]) in ähnlichen Fällen beobachtet zu haben angiebt, darüber kann ich nicht berichten, weil die Kranke zu bald nach ihrer Heilung aus der Anstalt genommen wurde.

Einnahme und Ausgaben.

Die Total-Einnahme betrug in diesem Jahre die ansehnliche Summe von 85,434 Rub. 7½ Kop., obgleich die jährlichen bestimmten Beiträge sich nur auf 12,000 Rub. beliefen. Das Uebrige floss uns hauptsächlich

---

1) S. Velpeau's klinische Vorlesungen über die Krankheiten der weiblichen Brüste, in d. Analekten für Frauenkrankheiten. Leipzig 1842, 3tes Heft, p. 430.

2) Ueber die Natur der Zona, in dem *Exposé des travaux de la Société des sc. médic. du Departement de la Moselle. Metz* 1840. *2ième partie.* Neue Salzb. mediz. Zeitung 1841. No. 46. pag. 365.

aus nachstehenden Quellen zu: von der St. Petersburgischen Kaufmannschaft 10,500 Rub.; aus dem alljährlichen Konzert 26,884 Rub.; von dem Ehrenbürger Sotoff 20,000 Rub.; von den Ekaterinenburgischen Kaufleuten Räsanow und Kasanzew, Besitzern bedeutender Goldwäschereien, 1,750 Rub.; von zahlenden Kranken 2,897 Rub.; aus den Kirchenbüchsen 1,055 Rub., und endlich aus dem Erlös einer von dem Buchhändler Farikow aufgelegten Schrift des General-Lieutenants Skobelew 8,400 Rub. — Die Ausgaben betrugen 44,824 Rub. 32 Kop.; es verblieben mithin zu Ende des Jahres, die vom vorigen Jahre restirenden 29,935 Rub. 50¼ Kop. mit eingerechnet, 70,545 Rub. 25¾ Kop., von welchen der grösste Theil in hiesigen Banken verzinst wurde. Die Anstalt besitzt aber ausserdem noch folgende ihr in diesem Jahre zugekommene Bankbillette, deren Kapitale unangerührt bleiben sollen: 1) von 1,000 Rub. B. A., von Ihrer Kaiserl. Hoheit, der Grossfürstin Maria Pawlowna, zum Andenken an Ihre Anwesenheit in St. Petersburg dargebracht; 2) von 10,500 Rub. B. A., von dem Kommerzienrathe S. F. Tschaplin geschenkt, und 3) von 1,225 Rub. B. A., von dem verstorbenen Kandidaten der Medizin Alex. Weisse, — Letzteres mit der Bestimmung, dass die jährlichen Zinsen zur Vergrösserung der Hospitalbibliothek angewandt werden möchten.

Achter Jahresbericht
vom 1. Januar 1842 bis zum 1. Januar 1843.

Da wir unterdessen das für die Anstalt angekaufte Haus [1]) bezogen haben (Mai 1842), so dürfte es zweckmässig sein, zuvörderst ein kleines Gemälde von demselben und seiner Einrichtung zu entwerfen.

Das Hauptgebäude, welches die Krankensäle in sich schliesst, hat drei Stockwerke. Im gewölbten Rez-de-chaussée befinden sich die Wohnung des Portiers, das Aufnahme-Zimmer für neu eintretende Kranke, das sogenannte Zeughaus zur Aufbewahrung der von den Kranken mitgebrachten Kleidungsstücke, der Saal für die ambulatorische Klinik, und ein geräumiges Laboratorium. Das zweite Stockwerk enthält eine elegant eingerichtete Apotheke, das Komptoir, einen

---

1) In der grossen Podjatscheskaja, unweit der Fontanka. Das Haus ward für die Summe von 185,000 Rub. B. A. erstanden, und erforderte zum Ausbau nahe an 100,000 Rub., so dass dasselbe also circa 285,000 Rub. zu stehen kommt.

schönen Sessionssaal für die Sitzungen der Hospital-Kommission [1]) und drei kleine Krankenzimmer, von denen eins (mit 2 Betten) für kranke Kinder des dienenden Hofpersonals Sr. Durchlaucht des Prinzen von Oldenburg, die beiden andern aber, zu 4 und zu 5 Betten, für chirurgische Krankheitsfälle bestimmt sind. — Das dritte Stockwerk endlich, in welchem sich die höchsten Zimmer befinden, ist nur von Krankensälen, deren Anzahl sich auf 9 beläuft, eingenommen. In diesen vortrefflich erhellten, nach Südwest gelegenen und in ununterbrochener Reihe sich hinziehenden Zimmern haben 65 Betten so hinlänglichen Raum, dass in den meisten derselben die Fensterseite ganz frei bleibt, und die Betten mehr denn 3 Fuss auseinander stehen. Die in den Hospitälern gewöhnlich am Kopfende der Betten befestigten Krankentafeln hängen an horizontal fortlaufenden und grün angestrichenen eisernen Stangen an den Wänden, so dass eine Umstellung der Betten geschehen kann, ohne dass die Reihenfolge der Nummern gestört wird. Ueberdies ist auch der Anblick so gestellter Tafeln freundlicher, was bei einer Krankenanstalt für Kinder wohl zu beherzigen ist.

Die Schwierigkeiten, auf welche man nothwendiger Weise stösst, wenn ein zu anderen Zwecken schon erbautes Haus zu einem Hospitale umgestaltet werden soll, haben auch uns viel Arbeit verursacht, um sie endlich in sofern zu überwinden, dass in der That nur noch wenig in Betreff der äusseren Einrichtung unserer Anstalt zu wünschen übrig bleibt. Unter anderen ist es mir auch gelungen, ein fast völlig abgetrenntes Lokal für akute Exantheme und andere evident ansteckende Krankheiten herzustellen, ohne dass dasselbe als vom Hauptgebäude abgerissen dastände. Diese Abtheilung besteht aus zwei sehr hohen gewölbten Sälen, welche zusammen 24 Betten fassen können. Vermittelst bretterner, durchweg mit grossen Fensterscheiben versehener Scheidewände sind aus diesen beiden Sälen vier Krankenzimmer gebildet worden, deren zwei für Scharlach und zwei für Masern bestimmt sind, so dass zugleich auch Trennung der Geschlechter möglich ist. Die Lage der Zimmer kam uns sehr zu Statten, um zu letzterem Zwecke durch jene Scheidewände, welche nicht völlig zur Decke reichen, einen von beiden Seiten durch Fenster erhellten Korridor zu gewinnen, welcher in seiner Mitte durch eine Thür in zwei gleiche

---

1) Dasselbe ist geziert mit in Oel gefertigten Porträts Ihrer Majestäten des Kaisers und der Kaiserin, der Grafen Benkendorff und Apraxin, des General-Majors Dubbelt, des Leibmedikus Dr. Arendt und des Kammerjunkers Anatol Demidow.

Hälften abgeschieden ist, und den Vortheil gewährt, dass zu jeder Zeit die Luft in den Krankenzimmern erneuert werden kann, ohne dass man in letzteren selbst Fenster zu öffnen nöthig hätte. Ueberdies bietet noch ein kleines anstossendes Zimmer Raum für zwei Betten dar, welche für den Fall, dass uns blatternde Kinder zugeführt werden, oder für andere abzusondernde Kranke benutzt werden können. Dieses hier beschriebene Lokal hat gar keine direkte Verbindung mit den übrigen Krankensälen — es führt eine besondere Treppe zu ihm — dasselbe hat seinen besonderen Chirurgus, wie auch eigene Krankenwärterinnen, — es ist eigends daselbst ein Ordinator angestellt, welcher nur an seinem Dienst-Tage auch in die übrigen Krankenzimmer tritt, — der Oberarzt des Hospitals besucht diese Abtheilung erst, nachdem er seine Visite in den übrigen Zimmern beendigt hat.

Die Zahl der Ordinatoren, deren früher vier waren, ist hierdurch nicht vermehrt worden, indem derjenige, welcher für das im Jahr 1841 eingegangene Poliklinikum angestellt war, jetzt hier fungirt. Zwei dieser Ordinatoren theilen sich in die Behandlung der übrigen Kranken, so dass einer von ihnen die Knaben, der andere die Mädchen unter seiner Obhut hat. Jener besorgt zugleich die chirurgische, dieser die Krätzabtheilung. Der vierte Ordinator endlich steht wie früher der ambulatorischen Krankenbehandlung vor, und ist Gehülfe des Direktors. Ueberdies ist es der Anstalt auch erlaubt worden, einen überzähligen Ordinator zu haben, welcher ohne Gehalt, aber in wirklichem Staatsdienste stehend, dient. Derselbe hilft den anderen im Dienste und wird in den Fällen gebraucht, wenn ärztliche Hülfe für arme kranke Kinder ausserhalb des Hospitals nachgesucht wird.

Der Direktor, drei Ordinatoren und sämmtliche Beamte des Hospitals wohnen nunmehr in der Anstalt selbst, welche mit allen erforderlichen Einrichtungen wohl versehen ist. Dahin gehören: 7 kupferne Badewannen, welche fest im Boden stehen und aus zwei verschiedenen über denselben angebrachten Hähnen mit warmem und kaltem Wasser nach Belieben angefüllt werden können; drei desgleichen auf Rädern, um sie bequem ans Krankenbett zu bringen; geräumige Küchen, Ställe, Wagenremisen, Eiskeller, ein wohleingerichtetes Waschhaus, Trockenböden für Sommer und Winter, Waterclosets, sowohl feststehende, als auch tragbare; ein mit Bäumen und Blumen bepflanzter Platz (Square) zum Spazierengehen, und ein Leichenhaus mit einem besonderen Sektionszimmer.

Von der allgemeinen Eleganz unseres Kinderhospitals, die uns Petersburgern weniger als den Fremden auffällt, zu sprechen, wäre hier nicht am Orte. Nur eine Bemerkung kann ich in dieser Hinsicht nicht unterdrücken, die nämlich, dass eine solche nicht selten für übertrieben gehaltene Eleganz von wesentlichem Nutzen für eine Krankenanstalt, besonders für ein Kinderhospital, sein dürfte. Abgerechnet den dadurch gemilderten Eindruck eines öffentlichen Krankenhauses auf die kranken Kleinen sowohl, als auf ihre Angehörigen, führt äussere Elegang den nicht daran gewöhnten, in Niedrigkeit erzogenen Menschen unwillkührlich zur Beobachtung grösserer Reinlichkeit seiner selbst, wie des ihn Umgebenden. Er wird mit der Zeit gegen sich selbst elegant. Daher geben unsere Krankenwärterinnen in der Regel sauber und hübsch gekleidet, und sorgen auch für die grösstmöglichste Reinlichkeit der Kranken und der Zimmer; daher ist die Luft im Hospitale, selbst im Winter bei fast hermetisch geschlossenen Fenstern, stets rein und ohne Beimischung von unangenehmen Gerüchen, und daher dürften auch gewiss manche der grösseren Kinder, wenn sie längere Zeit in unserem Hospitale verweilten, in Hinsicht des Ordnungs- und Reinlichkeitssinnes mit Vortheil in das elterliche Haus zurückkehren.

Krankheitskonstitution von 1842.

Die meisten Fieber, welche im Verlaufe des angegebenen Jahres im Hospitale zur Behandlung kamen, neigten zum Nervösen hin, nur nach den verschiedenen Jahreszeiten bald mit katarrhalischer, bald mit rheumatischer Beimischung komplizirt; Gastricismus dagegen zeigte sich nur selten. Es herrschten aber in der Kinderwelt besonders akute Exantheme allerlei Art. Unter diesen vorzüglich jedoch, und zwar eigentlich das ganze Jahr hindurch, Scharlach und Masern. Ersterer besonders in den 4 ersten Monaten, letztere im Mai, Juni, Juli und August; im September und Oktober gewann wieder der Scharlach die Oberhand, und zugleich trat der Keuchhusten gleichsam als Stellvertreter der Masern hinzu; im November musste der Scharlach wieder den Masern das Feld räumen, und im Dezember kamen Scharlach, Masern und Keuchhusten untermischt vor. — So erinnerte dieses Jahr wieder recht lebhaft an die hier und da gemachte Bemerkung, dass kleinere Städte mehr Gelegenheit geben, abgeschlossene Epidemieen zu beobachten, ja ihr periodisches Wiedererscheinen vielleicht gar einem Kalkül zu unterwerfen, als solches in grossen Städten möglich ist, wo

auch die Krankheiten, wie so manches Andere, so zu sagen, drunter und drüber gehen. Zum Belege des Gesagten füge ich nachstehende detaillirte Uebersicht von den bei uns aufgenommenen Scharlach-, Masern- und Keuchhustenkranken hier bei. Der Vollständigkeit wegen habe ich auch die übrigen akuten Exantheme dabei berücksichtigt. — So klein die ganze Anzahl der im Hospitale und Ambulatorium behandelten Kranken dieser Kategorie im Vergleiche mit der Kinderwelt unserer Residenz sich herausstellen dürfte, so ergaben meine darüber angestellten Nachforschungen in der Privatpraxis doch in Betreff der drei zuerst aufgeführten Krankheiten für die ganze Stadt gleiche Resultate, wie wir sie in unserem abgeschlossenen Wirkungskreise gewannen. (S. die Exanthemen-Liste.)

Im Ambulatorium wurden 4354 Kranke eingeschrieben. Die am häufigsten vorgekommenen Krankheiten waren: Skropheln (432), Pertussis (323), Atrophie (267), Rhachitis (262), Syphilis (167), Hydrocephalus und Eklampsie (99). Selten kamen zur Behandlung: *Asthma spasmodicum* (17), Krup (7), *Febris intermittens* (4), Epilepsie (3), Taenia (3), *Chorea St. Viti* (2), *Polypus ani* (2), *Calculus urethralis* (2), Telangiektasie (2), Bulimie (1), Ichthyosis (1). Von Hemmungsbildungen bekamen wir zu Gesicht: *Labium leporinum* (3), *Spina bifida* (2), *Anus imperforatus* (1), Hypospadiasis (1) und *Hermaphroditus masculinus* (1).

Folgender Fall, welcher sich im Ambulatorium ereignete, wo leider so manche interessante Beobachtungen verloren gehen, weil die Kranken oft ausbleiben, möchte wohl der Erwähnung werth sein. Es ward uns ein 6 monatlicher Knabe gebracht, welcher einen kleinen metallenen Knopf verschluckt hatte, und in Folge dessen an grossen Athmungsbeschwerden litt. Der Herr Ordinarius verordnete eine Abführung, und beschied die mitgekommene Mutter, welche das Kind selbst stillte, auf den folgenden Tag wieder. Diese aber, da sie den Knopf auf die Purganz nicht abgehen sah, und die Athmungsbeschwerden des Kleinen zugenommen hatten, verfügte sich zu Herrn Prof. Pirogoff, welcher das Kind in solcher Erstickungsgefahr fand, dass er sich entschloss, sogleich die Tracheotomie zu machen. Er fand indessen bei der genauesten Untersuchung den Knopf nicht auf, verband die Wunde wie sich's gehörte und liess den Kranken nach Hause tragen. Statt nun ferner Herrn Prof. Pirogoff Bericht über den Verlauf abzustatten, brachte die Mutter nach einigen Tagen den Operirten wieder zu uns, wo ich ihn selbst sah. Die Athmungsbeschwerden

Krank

vom 1. Januar 184

Krankheitsnamen.	Bestand den 1. Jan 1842.	
	Knab.	Mäd.
Typhus, F. petechialis	—	—
Febris nervosa	7	—
— gastrica	1	—
— catarrh. rheumat.	5	4
— intermittens	—	—
Encephalitis, Meningitis	—	—
Pneumonia, Pleuritis	—	1
Bronchitis	—	—
Peritonitis	—	—
Hepatitis	—	—
Angina membranacea	—	—
— parotidea	1	—
Erysipelas	—	1
Scarlatina	2	1
Morbilli	—	—
Variola	—	—
Varicellae	—	—
Exanthemata alia acuta	—	—
Impetigines variae	2	8
Scabies	5	9
Tinea capitis	—	—
Diarrhoea	—	—
Dysenteria	1	—
Rheumatismus	1	—
Icterus	—	—
Scorbutus	—	—
Stomacace	—	—
Noma	—	—
Hydrops	1	2
Phthisis	—	—
Atrophia	1	—
Scrophulae, Rhachitis	3	3
Convulsiones	1	1
Tussis convulsiva	—	—
Asthma Millari	—	—
Chorea St. Viti	—	—
Epilepsia	—	—
Paralysis	—	1
Coxalgia	1	—
Fractura	—	—
Contusiones	—	—
[illegible]	—	—

…en-Tabelle

…2 bis zum 1. Januar 1843.

Zugekommen.		Geheilt.		Ungeheilt entlassen.		Gestorben.		Bestand den 1. Jan. 1843.	
Knab.	Mäd.	Knab.	Mäd.	Knab.	Mäd.	Knab.	Mäd.	Knab.	Mäd.
2	—	2	—	—	—	—	—	—	—
24	6	25	3	3	—	1	2	2	1
9	7	9	6	—	—	1	—	—	1
20	28	23	28	1	—	1	2	—	2
4	2	3	2	—	—	1	—	—	—
2	—	1	—	—	—	1	—	—	—
7	8	4	8	—	—	1	1	2	—
2	2	2	2	—	—	—	—	—	—
1	—	—	—	—	—	1	—	—	—
—	1	—	1	—	—	—	—	—	—
1	3	—	3	—	—	1	—	—	—
2	4	3	3	—	—	—	1	—	—
—	7	—	7	—	—	—	—	—	1
33	21	25	14	—	—	7	7	3	1
24	32	15	20	—	1	6	8	3	3
1	—	1	—	—	—	—	—	—	—
2	4	2	3	—	—	—	—	—	1
2	2	2	2	—	—	—	—	—	—
7	3	9	8	—	1	—	1	—	1
41	45	37	46	3	—	4	—	2	8
3	2	2	2	—	—	—	—	1	—
7	2	4	1	1	—	2	1	—	—
1	—	1	—	—	—	1	—	—	—
3	4	3	4	—	—	1	—	—	—
1	1	1	—	—	—	—	1	—	—
—	1	—	1	—	—	—	—	—	—
—	3	—	3	—	—	—	—	—	—
—	2	—	1	—	—	—	1	—	—
13	2	8	3	—	—	4	1	2	—
20	7	6	2	1	—	12	5	1	—
2	3	1	1	—	—	2	2	—	—
14	27	9	19	3	3	3	5	2	3
7	2	5	3	1	—	2	—	—	—
10	20	4	15	3	—	2	1	1	4
—	1	—	1	—	—	—	—	—	—
—	3	—	2	—	—	—	—	—	1
1	3	1	2	—	—	—	1	—	—
1	—	—	—	—	—	1	1	—	—
2	4	—	3	1	—	2	—	—	1
	2	2	1	—	—	—	—	—	1
	4	5	4	—	—	—	—	—	—
	3	4	3	—	—	—	—	—	—

hatten jetzt, wie der Herr Ordinarius und die Mutter aussagten, bedeutend nachgelassen, die Wunde hatte ein gutes Aussehen, und das Kind nahm gehörig die Brust. Da jene unter einem leichten Verbande immer kleiner ward, erschien die Mutter auch täglich mit dem Kinde, und brachte uns am 40sten Tage nach dem Vorfalle (die Wunde war schon seit acht Tagen völlig verheilt) einen kleinen gusseisernen Westenknopf, welcher dem Kinde Tags vorher beim Stuhlgange ohne Schmerzen abgegangen war.

Es wurden im Laufe des Jahres 31 Kindern im Ambulatorium die Schutzpocken eingeimpft, und 7 erhielten von hier aus unentgeltlich Bruchbandagen.

Im Hospitale fanden 5 wichtige Operationen Statt, welche sämmtlich einen günstigen Erfolg hatten; nämlich die Amputation des Oberschenkels an einem 11jährigen Knaben, wegen Karies des Unterschenkels; der Steinschnitt an drei Knaben, und die Tenotomie an beiden Füssen eines 13jährigen Mädchens. — Von den dem Steinschnitte unterworfenen Knaben waren zwei 6 Jahr und der dritte 10 Jahr alt. Ausserdem mussten wir unter mehreren mit Urethralsteinen behafteten Kindern einem 3jährigen Knaben mit dem Messer zu Hülfe kommen, weil der nicht zu extrahirende Stein fast einen Zoll weit von der Harnröhrenöffnung fest eingekeilt war. Nachdem derselbe aus der Schnittwunde hervorgeholt worden, entdeckten wir mit der Sonde hinter demselben noch einen zweiten Stein, dem wir aber mit Pinzetten nicht beikommen konnten. Er war so nahe zum Blasenhalse gelagert, dass wir es nicht für rathsam hielten, den ersten Schnitt bis zu ihm zu verlängern; auch schien es für's Erste nicht nothwendig zu sein, da der Urin frei abfloss. Am folgenden Tage fanden wir ihn nicht wieder, sei es, dass er unbemerkt mit dem Harne abgegangen oder in die Harnblase zurückgekehrt war.

Mortalität und Genesungsverhältniss. Von 723 kranken Kindern starben 113, was ungefähr $15\frac{1}{2}$ pCt. beträgt; vollkommen geheilt wurden 521, mithin nahe an 72 pCt.; folglich war das Verhältniss der Genesenen zu den Verstorbenen wie 100 : $21\frac{1}{2}$. Die mittlere Aufenthaltszeit für Knaben und Mädchen zusammen genommen betrug circa 40 Tage; für erstere besonders $38\frac{1}{4}$, für letztere aber 39 Tage. (S. die Kranken-Tabelle.)

Merkwürdige Krankheitsfälle.

1. **Exantheme.** a) Aufeinanderfolge zweier akuter Exantheme bei einem und demselben Subjekte. — In meinem vorjährigen, und noch mehr in meinen früheren Berichten, habe ich viele dergleichen Beobachtungen mitgetheilt. Auch in diesem Jahre ereigneten sich drei solcher Fälle, wo nach abgelaufenem Scharlach die Masern auftraten. Sie betrafen ein 10jähriges Mädchen und zwei 8jährige Knaben. Jene trat den 25. April ins Hospital und zeigte schon acht Tage nach ihrer Aufnahme deutliche Desquamation und leichtes Oedem des Gesichts. Am 20. Mai brachen nach vorausgehenden unbedeutenden Katarrhalzufällen die Masern aus, welche leicht und glücklich verliefen. Von den beiden scharlachkranken Knaben wurde einer schon 14 Tage nach seiner Aufnahme von den Masern befallen, und genas eben so rasch, wie die vorerwähnte Kranke; der andere aber, welcher den 29. Oktober in die Anstalt aufgenommen worden und am 10. November nach mancherlei hinzugetretenen Folgeübeln die ersten Spuren der Abschuppung zeigte, erschien einige Tage darauf mit Masern, welche gleich beim Ausbruche durch ihr Aussehen nichts Gutes verhiessen. Es traten in den nächstfolgenden Tagen Delirien hinzu, später Dekubitus und Diarrhoe, und schon den 21sten d. M. erfolgte der Tod.

b) Erscheinen eines akuten Exanthems bei anderweitig Erkrankten. — Bei meinen früheren Berichten über diesen Gegenstand war ich geneigt, in den meisten dieser Fälle eine Uebertragung des Exanthems in dem Hospitale selbst anzunehmen, obgleich sich mir oft auch Zweifel dagegen erhoben. Ich war daher seitdem, dass wir unser neues Hospital bezogen hatten, sehr gespannt darauf, wie sich's nun in dieser Hinsicht machen würde, da wir im Stande waren, die anstekkenden akuten Exantheme von den anderen Kranken völlig aus einander zu halten. Von 22 Fällen dieser Art, welche sich im Laufe des Jahres ereigneten, gehören nur zwei in die Zeit, wo wir noch im alten Lokale waren, wovon der Grund darin zu suchen ist, dass in den 4 ersten Monaten des Jahres, wie aus der (S. 88) mitgetheilten Uebersicht zu ersehen ist, die Masern, welche in jenen Fällen fast die einzige Rolle spielen, gar nicht vorkamen. Wie schwierig es jederzeit ist, in einem gegebenen Falle zu bestimmen, ob ein Exanthem, welches ein anderweitig krankes Kind in einer Heilanstalt befällt, wo gerade dieses Exanthem vorräthig ist, von dieser ausgegangen, oder durch die gerade herrschende Konstitution erzeugt worden, habe ich

oft gefühlt. In Hinsicht der Masern sprach ich indessen früher meine Meinung dahin aus, dass sie, weil sie eben so deutlich unter der Gewalt der herrschenden Krankheitskonstitution stehen, eben so leicht in die Anstalt von Aussen eindringen, als sich möglicher Weise in derselben selbst fortpflanzen können. Und aller Wahrscheinlichkeit nach geschah es in diesem Jahre auf ersterem Wege, dass dieses Exanthem bei 19 [1]) kranken Kindern in den verschiedensten Abtheilungen des Hospitals sich der primär bestehenden Krankheit hinzugesellte. Diese Kinder litten an Skropheln, Syphilis, Epilepsie, *Hydrocephalus chronicus,* Skabies, Pädarthrokace, Abszessen und anderen chronischen Uebeln. Durch diese vorangegangenen Leiden schon mehrentheils von Kräften gekommen, konnten mehrere unter ihnen den neuen auf sie einstürmenden Krankheitsprozess nicht überwinden und fielen als Opfer desselben, besonders weil sich das Exanthem unter der Gestalt der sogenannten malignen oder typhös-faulichten Masern zeigte. Neun von ihnen, also fast die Hälfte, starben. Der Ausschlag trat, unter unbedeutenden katarrhalischen Symptomen, gewöhnlich auf dem ganzen Körper zugleich hervor, wurde bald zusammenfliessend, und blieb länger als gewöhnlich sichtbar, wobei er ein petechiales Ansehen bekam. Das ihn begleitende Fieber war gewöhnlich schon von Anfang an ein adynamisches, die noch übrigen Kräfte der Befallenen wurden schnell aufgerieben und viele von ihnen starben schon vor Ablauf der ersten Woche. Bemerkenswerth und zum Beweise für die Behauptung vieler Schriftsteller, dass derartig gestaltete Masern gewöhnlich an eine bestimmte Lokalität gebunden seien, ist der Umstand, dass sonst nirgends in der Stadt, wo zu dieser Zeit die Masern epidemisch herrschten, eine solche Entartung derselben beobachtet wurde, ja dass alle Masernkranke, welche uns zu derselben Zeit von Aussen her zugeführt wurden, die Krankheit in gutartiger Gestalt zeigten und fast ohne Ausnahme genasen, obgleich sie mit den unserigen in denselben Zimmern gebettet waren.

2. Noma. Wir hatten in diesem Jahre Gelegenheit, diese scheussliche Kinderkrankheit unter unseren Augen entstehen zu sehen. Der Fall betraf einen 7jährigen Knaben mit deutlich ausgesprochenem skrophulösen Habitus, welcher vor längerer Zeit bei uns mit der Krätze

1) Nur in einem Falle, bei einem 4jährigen höchst skrophulösen Mädchen, erschien am 18ten Tage der Aufnahme ein Scharlachausschlag, welcher die Kranke schon am dritten Tage unter Zeichen von Gehirnaffektion hinraffte.

gelegen hatte. Er kam den 25. November mit Masern, welche einen nervösen Anstrich hatten, wieder in das Hospital. Der Ausschlag blieb auch in den folgenden Tagen blass und livid, und Pat. delirirte in der Nacht auf den 29sten. Schon am folgenden Tage zeigte sich im Gesichte kleienartige Abschuppung, die Kräfte des Kranken wollten sich aber nicht wieder einfinden, und am 2. Dezember stellte sich eine sehr entkräftende Diarrhoe ein. Fünf Tage darauf entstand Geschwulst der linken Wange, welche im Anfange den vielen kariösen Zähnen zugeschrieben ward, durch ihr absonderlich glänzendes Aussehen am folgenden Tage indessen auf bevorstehenden Wasserkrebs zu schliessen bewog. Am 10. Dezember war denn auch schon der famöse Noma-Fleck von der Grösse eines holländischen Dukaten bemerkbar. Von jetzt an griff das Uebel, ungeachtet der äusseren Anwendung von Salzsäure, *Acid. pyro-lignosum*, Kreosot, und anderen angepriesenen Mitteln, beim inneren Gebrauche von China, Mineralsäuren und Moschus, so rasch um sich, dass Pat. grässlich entstellt schon am 17. Dezember bei vollem Bewusstsein den Geist aufgab.

3. ***Tussis convulsiva.*** Die nahe Beziehung des Keuchhustens zu den Masern ist schon längst erkannt worden, indem man oft beide Krankheiten epidemisch neben einander fortlaufen, oder eine Epidemie der anderen auf dem Fuss folgen sah. Im Jahre 1842 waren beide Krankheiten bei uns sehr ausgebreitet, der Keuchhusten noch mehr als die Masern; beide kamen das ganze Jahr hindurch, mit Ausnahme der drei ersten Monate, gleichzeitig zur Behandlung. Im Kinderhospitale ereignete es sich sechs Mal, dass Keuchhustenkranke, nach kürzerem oder längerem Aufenthalte daselbst, mit Masern befallen wurden, ohne dass dadurch eine vortheilhafte Veränderung auf erstere Krankheit bemerkbar geworden wäre. Zwei dieser Kranken, ein 7jähriges Mädchen und ein 5jähriger Knabe, starben vielmehr in Folge dieser Komplikation, ersteres nach 11, letzterer sogar schon nach 6 Tagen, und ein 8jähriges Mädchen ward auf dringendes Verlangen der Eltern in einem Zustande entlassen, der wenig Aussicht zur Genesung übrig liess; so dass das Erscheinen der Masern beim Keuchhusten eher zu einer schlimmen, als zu einer guten Prognose führen dürfte.

Was die Behandlung des Keuchhustens betrifft, haben wir in den meisten Fällen von den Zinkblumen mit kleinen Gaben Ipekakuanha, und dazwischen geschobenen Brechmitteln, den grössten Nutzen gesehen. In einem Paar Fällen, wo der Husten überaus lange gewährte, brachte die endermatische Anwendung des *Morph. acet.* in der Herz-

grubengegend augenscheinliche Erleichterung; in solchen Fällen that auch der innerliche Gebrauch des *Chin. sulphur.* sehr gut. Von dem Tannin aber, welches wir mehrmals versuchten, haben wir nichts Besonderes gesehen; dagegen schien das kohlensaure Eisen, welches von Dr. Stegemann [1]) zu Wernigerode vor mehreren Jahren, und in neuester Zeit wieder von dem englischen Arzte Chisholm [2]), empfohlen ward, in solchen Fällen, wo das spasmodische Stadium besonders heftig auftrat, von Nutzen zu sein.

4. Tonischer Krampf der Finger und Zehen. (*Contractures des enfans* der Franzosen.) Schon in meinen früheren Berichten missbilligte ich die französische Benennung dieser eigenthümlichen Kinderkrankheit, ohne jedoch einen Namen für dieselbe vorzuschlagen. In der Folge habe ich nach Analogie der pathologischen Kunstausdrücke: Emprosthotonus, Opisthotonus und Pleurotonus, für das in Rede stehende Uebel den Namen Daktylotonus gebildet, und überlasse es den Kunstgenossen, ob sie sich dessen bedienen wollen. Daktylospasmus wäre dann im Gegensatze zu dieser Benennung sehr passend für den sogenannten (schnell vorübergehenden) Fingerkrampf, von welchem uns die medizinischen Zeitschriften in den letzten Jahren mehrere interessante Beobachtungen mitgetheilt haben.

Es kamen uns im Jahre 1842 zwei Fälle dieser Krankheitsform vor, welche beide 13jährige Knaben betrafen. Einer von ihnen hatte, nach der Aussage der Mutter, schon fast ein ganzes Jahr lang gekränkelt, sehr oft an Koliken, mit und ohne Diarrhoe, gelitten, und von Zeit zu Zeit Erbrechen gehabt. Pat. war sehr gut genährt, fieberte nicht, und versicherte, sehr guten Appetit zu haben. Die Zunge war rein, und alle Funktionen in Ordnung. Bei seinem Eintritte ins Hospital waren die Flexoren der Finger beider Hände in beständiger Kontraktur, was seit mehreren Tagen auch schon zu Hause der Fall gewesen. Nach einem warmen Bade liess am folgenden Tage der tetanische Krampf in den Fingern ein wenig nach, und erfasste nun die Zehen beider Füsse. Zeitweise gereichte Abführungen, Oeleinreibungen und Seifenbäder reichten hin, den Kranken in 4 Wochen herzustellen. — Der zweite Knabe hatte schon seit 4 Wochen dergleichen tonische Krämpfe abwechselnd bald in den Fingern, bald in den Zehen gehabt, und ward uns nun zugeführt, weil dieselben andauern-

---

1) Horn's Archiv 1835. Juli und August.
2) *Gazette médicale de Paris* 1842. *No.* 7.

der geworden und mit Schmerzen verbunden waren. Sämmtliche Finger und Zehen waren zugleich ergriffen. Es wurden blutige Schröpfköpfe längs dem Rückgrathe applizirt, Seifenbäder verordnet und innerlich *Flor. Zinci* dreimal täglich zu 5 Gran gereicht, auch von Zeit zu Zeit Klystiere mit *Asa foetida* gesetzt. Unter dieser Behandlung ging es so rasch zur Besserung, dass Pat. schon nach drei Wochen aus dem Hospitale entlassen werden konnte.

5. *Asthma syphiliticum.* Ein 7jähriges Mädchen, welches an asthmatischen Beschwerden mit stertoröser Respiration und einem sehr quälenden Husten litt, wurde wegen einer zugleich bestehenden Leukorrhoe und oberflächlicher Exkoriationen an den Nasenflügeln der syphilitischen Dyskrasie verdächtig. Als bei genauerer Untersuchung kondylomenartige Exkreszenzen auf der Zungenwurzel und der hinteren Wand der Rachenhöhle entdeckt wurden, ordnete ich die bei uns eingeführte Sublimatkur an, welche in einigen Wochen die Kranke von allen ihren Beschwerden befreite.

6. Lungenbrand. Ich habe in meiner 23jährigen Praxis nur ein einziges Mal Gelegenheit gehabt, diese Krankheit zu behandeln. P. Frank soll sie in einer 40jährigen Praxis nur zwei Mal gesehen haben [1]), und Laennec sagt von sich, dass er den nicht umschriebenen Brand in 18 Jahren nur zwei Mal beobachtet habe [2]). Mein Kranker (es mögen 12 Jahre her sein) war ein reisender Weinhändler aus dem Hannöverischen, hiess Schlemmer, und genas zu meiner Verwunderung [3]). Dass auch bei Kindern ein solcher faulender Prozess in den Lungen vor sich gehen könne, war mir nicht eher bewusst, als seit dem März 1842, wo ein 12jähriger Knabe ins Kinderhospital gebracht wurde, der einen so pestilenzialisch riechenden Auswurf hatte, dass man bei längerem Verweilen an seinem Bette Uebelkeit fühlte, und seine kranken Stubengenossen mich baten, ihn zu entfernen. Der dunkel-schieferfarbene Auswurf sank, in einem Glase Wasser aufgefangen, nicht zu Boden, sondern vertheilte sich gleichmässig auf der Oberfläche desselben. Die Anamnese, die leider! bei dem gemeinen Manne oft nur in der Antwort besteht, dass Pat. schon

---

1) *Dict. d. sc. médic. Tom. XLIV. pag.* 563.

2) *De l'auscultation médiate. Tom. I. pag.* 182.

3) Dass in diesem Falle nur von einem umschriebenen Brande die Rede gewesen sein dürfte, versteht sich von selbst. Er bestätigt aber die von Laennec über denselben ausgesprochene Prognose: „*et peut-être même cette maladie n'est-elle pas toujours au dessus des efforts de la nature.*" (*l. c. pag.* 184.)

lange krank sei, gab auch diesem Falle keinen Aufschluss. Der Kranke starb schon nach drei Tagen, und die Sektion bestätigte die Diagnose. Die linke Lunge, welche sehr innig mit dem Brustfelle verwachsen war, zeigte auf der Mitte ihrer Oberfläche ein tiefes gangränöses Geschwür von etwa 3 Zoll in der Länge und 1 Zoll in der Breite; in ihrem oberen Lappen befanden sich ausserdem noch zwei Exkavationen, deren eine eine Muskatnuss, die andere eine grosse Erbse hätte bergen können. Beim Einschneiden in die Lungensubstanz war nirgends Krepitation zu vernehmen, das ganze Parenchym in tuberkulösem und putreszirendem Zustande, und überall quoll ein eben so gefärbter und stinkender Saft hervor, als Pat. im Leben ausgeworfen hatte. Die rechte Lunge war gesund.

Zustand unserer Kasse am 1. Januar 1843.

Im Laufe des Jahres 1842 sind eingenommen worden	25,132 Rub.	49½ Kop. B. A.
Am 1. Januar desselben Jahres waren in Kassa	70,545 -	25¾ - -
Summa . .	95,677 Rub.	75¼ Kop. B. A.
Verausgabt wurden	50,635 -	79¾ - -
Verbleiben folglich . .	45,041 Rub.	95½ Kop. B. A.
Rechnet man hierzu das restirende Baukapital	68,230 -	73½ - -
und		
die als unantastbar auf Zinsen stehenden Summen	12,725 -	— - -
so besass das Kinderhospital am 1. Januar 1843	125,997 Rub.	69 Kop. B. A.
oder circa . .	36,000 Rub.	Silb. M.

Von der Endokarditis im kindlichen Alter, von Dr. Charles West in London.

Die Entzündung der das Herz auskleidenden Membran ist eine Affektion, auf welche in keiner Abhandlung über Kinderkrankheiten, mit Ausnahme des neuen Werkes von Rilliet und Barthez, Rücksicht genommen wird. Gelegentlich wird ihres Vorkommens als Komplikation des Scharlachs vom Prof. Ammon in seinem Bericht über eine bösartige Epidemie dieser Krankheit in Dresden im Jahre 1832, Erwähnung gethan [1]). Copland widmet ihr einige Zeilen in seinem Dictionnär, und spricht von ihrem gelegentlichen Auftreten als einem idiopathischen Leiden. Einige französische Journale enthalten Beobachtungen über Hypertrophie des Herzens und Klappenkrankheiten im kindlichen Alter, aber ich glaube, dass kein einziger dieser Schriftsteller die akute idiopathische Endokarditis bei Kindern anführt.

Die von Rilliet und Barthez aufgestellten Fälle von akuter Endokarditis belaufen sich auf drei. In einem derselben traten die Symptome des Herzens im Verlaufe eines Anfalls von akutem Rheumatismus auf; im zweiten waren leichte fieberhafte Symptome mit einem deutlich wahrnehmbaren Blaseb̧alggeräusch und geringem Schmerz in der Herzgegend vorhanden, und im dritten waren nur die auskultatorischen Zeichen vorhanden, ohne von Fieber oder Schmerz in der Präkordialgegend begleitet zu sein. Sie sprechen indess nicht ausführlich über die Einzelnheiten dieser Fälle. Im Laufe ihrer Beobachtungen im *Hôpital des Enfans malades* kamen ihnen dreizehn Fälle von chronisch-organischen Herzfehlern verschiedener Art vor, und von einem derselben, wo akute Endokarditis zu einer chronischen Klappenkrankheit hinzutrat und den Kranken tödtete, führen sie die Geschichte an.

Ich wurde zuerst auf diese Affektion im Frühjahr 1841 aufmerksam, als ich ein Mädchen von 3 Jahren und 4 Monaten behandelte.

Dasselbe ist ein sehr schwächliches Kind, von einer phthisischen Mutter geboren, doch war ihre Gesundheit bis zum vergangenen Jahre gut, während welcher Zeit sie zwei Anfälle von Konvulsionen hatte und ihr Allgemeinbefinden weniger befriedigend zu sein schien.

Sie war indessen gewöhnlich wohl, bis wenige Tage vor ihrer Meldung bei mir, wo sie von leichten fieberhaften Symptomen ergriffen

---

1) Analekten über Kinderkrankheiten, II. Heft, S. 42.

wurde, über bedeutendes Unwohlsein klagte, in der Nacht nicht liegen konnte, und anfing an Kurzathmigkeit und Palpitation des Herzens zu leiden, welche Symptome bis zur gegenwärtigen Zeit fortgedauert haben.

Ein sehr lautes Blasebalggeräusch begleitet und verdeckt den ersten Herzton. Man hört es sowohl an der Spitze als an der Basis, aber lauter an der letzteren, und es setzt sich in die Aorta hinein fort. Der zweite Herzton ist deutlich. Der Herzimpuls ist gesteigert, und man hört die Töne in der ganzen Ausdehnung der Brust, sowohl vorne als hinten.

Unglücklicherweise kann ich mich nicht mehr des täglichen Verlaufs der Krankheit erinnern. Das Kind wurde durch eine antiphlogistische Behandlung von den heftigsten Symptomen befreit. Das Geräusch dauerte indessen fort, und das Kind blieb kurzathmig und zu gelegentlichen Rückfällen der Palpitationen geneigt, die durch das Anrathen einer strengen Ruhe und Fortsetzung eines milden antiphlogistischen Verfahrens beseitigt wurden. Ich sah sie zuletzt im Mai 1842, wo die Zeichen einer Klappenkrankheit unverändert fortdauerten.

Obgleich in diesem Falle die Kranke beim wirklichen Beginn dieser Affektion nicht beobachtet wurde, so scheint mir doch kein Grund vorhanden zu sein, anzunehmen, dass die Herzaffektion schon früher, als wenige Tage vorher, ehe sie zu mir gebracht wurde, begonnen haben sollte, wo sie zuerst über Dyspnoe und Herzklopfen klagte. Der folgende Fall war wahrscheinlich ein solcher, wo akute Endokarditis zu einer chronischen Herzkrankheit hinzutrat.

Georg C., 5 Jahre 2 Monate alt, ist eins von sieben Kindern, von denen fünf noch leben, das eine aber während des Zahnens, das andere an den Pocken gestorben ist. Sein Vater ist kräftig und gesund, die Mutter ist schwächlich, und Phthisis ist in ihrer Familie erblich, obgleich sich nie Symptome davon bei ihr gezeigt haben.

G. war gewöhnlich vollkommen gesund, ausgenommen zwei Jahre vorher, wo er an Symptomen, die denen, an welchen er jetzt leidet, ähnlich waren, befallen, und erst nach einigen Wochen wieder hergestellt wurde. Er hat keine der gewöhnlichen Kinderkrankheiten gehabt.

Vor einigen Monaten hatte er einen leichten Husten, war aber sonst wohl, als er am 13. Februar 1843 von Fieber, Durst und Geschwulst, zuerst im Gesicht, dann an den Extremitäten, befallen wurde; das Herz fing an heftig zu schlagen, und wenn er versuchte im Bette

auf dem Rücken zu liegen, so trat Dyspnoe ein, die ihn zwang, eine sitzende Stellung anzunehmen.

Am 17. Februar wurde er zu mir gebracht, und ich verordnete 3 Blutegel auf die Herzgegend, ein Abführmittel, damit er jeden Abend, da er verstopft war, Stuhlgang habe, und eine salinische Mixtur mit einigen Tropfen *Tinct. Digitalis* vierstündlich.

Den 21. Februar. Die Blutegel milderten das Herzklopfen bedeutend, obgleich die Lage auf dem Rücken ihm noch sehr beschwerlich ist. Der Anasarka ist vollständig verschwunden, und Pat. lässt öfter Urin als zuvor, obgleich derselbe immer noch sparsam, hoch gestellt ist, Ueberfluss an Salzen hat und mit Albumen überladen ist. Er hat einen beschwerlichen Husten, ohne Expektoration, keinen Appetit, heftigen Durst, eine trockne rauhe Haut. Die Pulsation der Karotiden ist sehr deutlich; der Puls von 70 Schlägen ist hart, schwirrend, ungleich an Kraft bei jedem vierten Schlage, aber nicht unregelmässig im Rhythmus.

Bei der Auskultation der Brust hört man in weiter Ausdehnung Rhonchus und knarrende Geräusche, aber die Luft scheint in beide Lungen gleich gut einzudringen.

Die Spitze des Herzens schlägt weiter nach unten und mehr nach links von der Brustwarze an, als gewöhnlich, und der dumpfe Ton des Herzens ist also sehr weit verbreitet. Seine Töne sind nicht klar, sondern haben etwas Dumpfes; ein rauhes Geräusch begleitet den ersten und wird am deutlichsten etwa einen halben Zoll unter und ein wenig links von der Brustwarze gehört, setzt sich aber nicht in die Aorta fort.

Die Digitalis wurde ausgesetzt und eine salinische Mixtur mit kleinen Dosen *Tartarus emeticus* an ihrer Stelle gegeben.

Den 24. Februar. Die Brust weniger beengt; das Kind kann besser auf dem Rücken liegen, und das Herzklopfen ist nicht so lästig. Die Arznei hat viel Uebelkeit verursacht, der Urin ist noch sparsam, tiefer gefärbt und albuminös, und die Ungleichheit in den Pulsschlägen so wie das Geräusch beim ersten Herzton dauern noch eben so fort.

Das Antimon ward ausgesetzt und kleine Dosen von *Liq. Kali carbonic.* dafür verordnet. Der Knabe besserte sich täglich, kann nun mit Leichtigkeit liegen, hat noch sehr geringe Beschwerde beim Athmen, sehr wenig Husten und kein Herzklopfen. Die Stuhlentleerungen sind regelmässig; der Urin wird reichlich gelassen, ist von natürlicher Farbe und frei von Albumen. Der Puls macht 100 Schläge,

dieselbe Ungleichheit in seiner Stärke, und bisweilen eine deutliche Pause nach jedem vierten Schlage. Die Herzthätigkeit ist nicht gesteigert und es findet kein Geräusch mehr statt, sondern nur eine Rauhigkeit, die den ersten Ton begleitet und nur nahe an der Spitze gehört wird.

Der Knabe ward bald darauf entlassen.

Nur einige Monate später beobachtete ich einen dritten Fall.

Daniel B., 11 Jahre alt, ist eins von 12 Kindern gesunder Eltern. Neun leben noch, eins starb während des Zahnens, eins an Skarlatina, und das dritte an Pneumonie. Es scheint keine phthisische Anlage in der Familie zu herrschen.

Der Knabe war ganz gesund, mit Ausnahme gelinder Anfälle der Masern, des Keuchhustens und der Skarlatina, und war gewöhnlich wohl bis zum 8. Mai 1843, als er über Kälte klagte und zu husten anfing. Dem Froste folgte Hitze, welche andauerte und steigend zunahm bis zum 13ten, wo ich ihn zum Erstenmale besuchte. Er hatte keine andere Arznei, als ein abführendes Pulver bekommen.

Den 13. Mai. Ich fand ihn im Bette liegend mit mürrischem, vielmehr angstvollem Gesicht; die Respiration wenig beschleunigt, häufiger kurzer Husten ohne Expektoration, die Haut brennend heiss, harter und frequenter Puls. Das Kind klagte nur über einen leichten Druck auf der linken Seite der Brust. Es findet eine geringe Empfindlichkeit beim Druck in der Herzgegend statt mit sehr weit verbreitetem dumpfen Tone. Der Herzimpuls ist nicht gesteigert. Ein sehr lautes und langgezogenes Raspelgeräusch hört man anstatt des ersten Tones; es ist am lautesten ein wenig unterhalb der Brustwarze, obwohl sehr gut hörbar auf der ganzen linken Seite der Brust, und auch zu unterscheiden, wenn auch weniger deutlich, in einer bedeutenden Entfernung vom rechten Rande des Brustbeins. Den zweiten Ton hört man gerade über den Aortaklappen klar, an anderen Stellen nicht deutlich, indem er durch dies laute Geräusch maskirt wird. Die Respiration gut in beiden Lungen. Ich verordnete dem Kinde Schröpfköpfe zu ℥vj zwischen dem linken Schulterblatt und dem Rückgrath, und gab gr. j Kalomel mit derselben Menge *Pulv. Doweri*, vierstündlich.

Den 14. Mai. Das Gefühl von Beengung auf der Brust hat sich nach dem Schröpfen verloren. Er schläft gut während der Nacht und bei Tage sieht er nicht mehr so angstvoll aus, obgleich seine Augen noch trübe und injizirt sind; die Haut ist nicht mehr so heiss und

livide; der Puls macht 114 Schläge, ist schwirrend, aber nicht voll; die Zunge feuchter als gestern, roth in der Mitte, an den Rändern mit gelblichem Belag bedeckt; er hatte eine wässerige kopiöse Ausleerung; geringe Hervorragung der Herzgegend. Die Herztöne sind dumpfer und mehr von einander getrennt als gestern; das gestrige Geräusch hat sich offenbar in ein Reibungsgeräusch umgeändert, welches deutlicher an der Basis als an der Spitze des Herzens wahrzunehmen ist; der erste Ton ist gänzlich durch dasselbe verdeckt und den zweiten hört man nur über den Aortaklappen.

Das Kind fährt fort, die Pulver zu nehmen alle 6 Stunden; ʒj starker Merkurialsalbe soll alle 6 Stunden in die Schenkel eingerieben werden; 6 Blutegel sollen auf die Herzgegend applizirt werden.

Den 15ten. Die Blutung aus den Blutegelstichen war sehr schwer zu stillen, sie war so profus, dass der Kranke ganz blass geworden ist. Er schläft erträglich in der Nacht. Das Aussehen ist eben so wie gestern, die Haut heiss und trocken, Puls von 120 Schlägen, von derselben Beschaffenheit wie früher, aber weniger kräftig; die Zunge an den Rändern belegt, mit einem trocknen rothen Streifen in der Mitte; zwei grüne und wässerige Stuhlausleerungen. Die Auskultation ergiebt dieselben Resultate wie gestern. Dieselbe Behandlung wird fortgesetzt, mit Hinzufügung eines salinischen Tranks, mit kleinen Dosen *Liquor antimonialis,* alle 4 Stunden.

Den 16ten. Im Allgemeinen ist das Befinden wie gestern, aber im Ganzen scheint es sich etwas gebessert zu haben; Puls von 120 Schlägen, weicher. Das Reibungsgeräusch ist nicht mehr hörbar, aber ein lautes Raspelgeräusch anstatt des ersten Tones. Der zweite Ton kann nun an der Spitze des Herzens eben so wie über den Aortaklappen gehört werden und ist völlig normal.

Am 17ten war das Zahnfleisch durch das Quecksilber etwas affizirt, und das Geräusch schien nicht mehr so laut zu sein. Das Kalomel wurde nun auf gr. ß reduzirt, 4stündlich, und dem Kinde etwas Brühe erlaubt.

Am 22sten war der Mund sehr schmerzhaft, und die ganze Behandlung wurde an diesem Tage ausgesetzt. Das Kind gewann nach und nach seine Kräfte wieder, aber das den ersten Ton begleitende Geräusch dauerte fort und wurde noch einen Monat später, ohne irgend eine Veränderung, als dass es weicher und nicht so lang gezogen war, gehört.

Ich habe einen anderen Fall aufgezeichnet, in welchem ein sehr lautes Blasebalggeräusch den ersten Herzton begleitete und mit grosser

Intensität unter und ein wenig links von der Brustwarze gehört wurde. In diesem Falle bestand wahrscheinlich die Krankheit schon längere Zeit, weil der Herzimpuls bedeutend stärker war, die Spitze des Herzens viel mehr nach unten als im normalen Zustande anschlug und der dumpfe Ton in der Präkordialgegend sehr weit verbreitet war. Während ich den Knaben behandelte, entfernten sich die Eltern aus London und ich verlor ihn daher aus dem Gesicht.

Die Folgen der Endokarditis scheinen bei Kindern wie bei Erwachsenen entweder sehr bedeutend oder verhältnissmässig unbedeutend zu sein, je nachdem Hypertrophie und Dilatation des Herzens nachfolgt oder nicht. Ich bin selten Zeuge eines grösseren Leidens gewesen als in dem Falle der Anna L., 10 Jahre alt, die im März 1842 in meine Behandlung kam. Sie war eins von fünf Kindern gesunder Eltern, selbst aber immer sehr schwächlich gewesen. Vor einem Jahre war sie magerer geworden und hatte an Herzklopfen gelitten, und vor drei Monaten hatte sie einen Husten gehabt; ich konnte mich aber nicht vergewissern, ob ihre Krankheit mit einem deutlich ausgesprochenen Fieberanfall begann. Denn ihre Eltern gehörten zur armen Klasse, die selten den Leiden ihrer Kinder viel Aufmerksamkeit schenkt.

Als sie zu mir gebracht wurde, war sie sehr abgemagert, ihr Gesicht drückte Angst und Elend aus, der Athem war kurz, so dass sie nur mit Mühe eine kurze Strecke gehen konnte; sie hatte einen häufigen kurzen Husten ohne Expektoration, und litt sehr an Herzklopfen und einem Gefühl von Druck auf der Brust. Die Herzthätigkeit war heftig, der dumpfe Ton in der Präkordialgegend weit verbreitet; ein sehr lautes, rauhes Raspelgeräusch begleitete den ersten Herzton, war lauter gegen die Spitze hin und links von der Brustwarze, aber fast über die ganze Brust zu vernehmen, sowohl vorne als hinten.

Verschiedene Mittel bewirkten geringen aber temporären Nachlass ihrer Leiden, und sie wurde mit jedem Monate schlechter. Sie magerte mehr und mehr ab; die Beklemmung auf der Brust und das Herzklopfen nahmen zu, der Husten wurde heftiger und einmal stellte sich ein Anfall von Hämoptysis ein. Fast einen Monat vor ihrem Tode hörte der Husten ganz auf, sie war aber nicht im Stande das Bett zu verlassen wegen zunehmender Schwäche; das Herzklopfen dauerte ohne Linderung fort, und die Extremitäten schwollen ödematös an. Während der letzten Woche des Lebens war die Respiration bedeutend erschwert, und dies nahm zu, bis sie am 10. Oktober starb.

Bei der Obduktion, 36 Stunden nach dem Tode angestellt, wurde eine sehr geringe Menge Flüssigkeit in beiden Pleurasäcken gefunden; beide Lungen waren sehr emphysematös und mit Blut überfüllt, aber weder sie noch die Bronchialdrüsen enthielten ein einziges Tuberkel. Das Herz war sehr gross, aber die Höhlen der rechten Seite überschritten nicht die natürliche Grösse; die *Valvulae pulmonales* waren gesund, die Ränder der Trikuspidalklappe waren etwas verdickt, der linke Vorhof war enorm erweitert, aber seine Wände nicht überall verdünnt, die Lungenvenen waren sehr erweitert, der linke Ventrikel war dilatirt und seine Wandungen verdickt, die *Chordae tendineae* der Mitralklappe waren sehr verkürzt, so dass die Klappe nicht geschlossen werden konnte, die Klappe selbst war eingeschrumpft, verdickt und knorpelartig, und ähnliche geringe Verdickungen der Ränder fanden auf den Semilunarklappen der Aorta statt.

Die anderen Organe waren gesund, mit Ausnahme der Mesenterialdrüsen, von denen einige Tuberkeln enthielten, die in mehreren in die kreideartige Formation übergegangen waren.

In einem anderen etwas ähnlichen Falle trat allgemeiner Hydrops hinzu, und der Kranke starb an Aszites und Hydrothorax. In diesem Falle indessen konnten die Symptome, obgleich die Mitralklappe krank und Dilatation mit Hypertrophie des linken Vorhofs und Ventrikels vorhanden war, wenn sie auch durch die Klappenkrankheit bedeutend gesteigert wurden, nicht allein derselben zugeschrieben werden. Es zeigte sich gleichzeitig eine Verengerung der Aorta, auf welche Meckel und Andral als angeborene Missbildung aufmerksam gemacht haben, und die gewöhnlich zur Hypertrophie des Herzens Veranlassung giebt. Erst sechs Monate vor dem Tode des Kindes (es war ein Mädchen von 10 Jahren) trat eine wahrnehmbare Veränderung im Gesundheitszustande ein; es begann an Herzklopfen zu leiden, welches zuerst von Fieber begleitet war, später von ähnlichen Erscheinungen, wie die im vorigen Falle beobachteten, welche zuletzt, wie schon erwähnt, mit Aszites und Hydrothorax endeten.

In einem dritten Falle fand ich die *Chordae tendineae* sehr verkürzt, so dass die Klappe fortwährend offen stand, die Klappe selbst war verdickt, dem Knorpel ähnlich, und sah wie gerunzelt aus, als wenn sie durch siedendes Wasser eingeschrumpft wäre. Der Kranke war ein phthisischer Knabe, fünf Jahre alt, bei dem sich kein Symptom oder physikalisches Zeichen der Herzkrankheit bis fünf Monate vor dem Tode wahrnehmen liess, als ein entzündliches Leiden der linken

Pleura, das mit Erguss in ihre Höhle endigte, eintrat. Ein lautes Blasebalggeräusch, den ersten Herzton begleitend, wurde darauf hörbar, und dauerte bis zum Tode an, doch wurden die allgemeinen Erscheinungen der Herzkrankheit durch die wichtigeren Symptome, welche eine Folge der Pleuritis und der ausgebreiteten tuberkulösen Desorganisation der Lungen waren, maskirt.

Diese Fälle, die bis jetzt die einzigen von mir beobachteten sind, zeigen, wie ich glaube, hinreichend, dass Entzündung der das Herz auskleidenden Membran als eine idiopathische Affektion bei Kindern und ganz unabhängig von Rheumatismus auftreten kann. Ich habe, obgleich mir die Gelegenheit wurde, gegen 5000 Fälle von Kinderkrankheiten im Kinderhospital seit dem Mai 1839 zu beobachten, keinen einzigen Fall von einer Herzaffektion, die im Verlaufe des Rheumatismus sich ausbildete, angetroffen. Diesen Umstand betrachte ich indess als rein zufällig, und will auf keine Weise behaupten, dass die idiopathische Endokarditis häufiger bei Kindern vorkomme als die in Folge von Rheumatismus auftretende. Ich konnte das Vorkommen der Endokarditis nicht mit einem Anfall von Skarlatina in Verbindung bringen, obgleich ich meine Nachforschungen besonders auf diesen Punkt richtete; bei keiner Untersuchung nach dem Tode der an Hydrops in Folge von Skarlatina gestorbenen Kinder fand ich irgend ein Zeichen von Entzündung des Endokardiums, obgleich nach v. Ammon's Beobachtungen beide Krankheiten vereint vorkommen. Es ist vielleicht werth, darauf aufmerksam zu machen, dass in allen dreien tödtlich endenden Fällen Tuberkeln in einigen der inneren Organe vorhanden waren, wiewohl eine bedeutende tuberkulöse Desorganisation der Lungen nur in einem stattfand. Die Mutter der zuerst eingeführten Kranken war zu der Zeit, als das Kind zu mir gebracht wurde, mit Phthisis behaftet; Phthisis war erblich im zweiten Falle, und der Knabe selbst bot alle Eigenschaften einer skrophulösen Konstitution in sehr hohem Grade dar.

Die Krankheit scheint nicht einen unmittelbar tödtlichen Ausgang zu nehmen, obgleich ihre Folgen bei Kindern sowohl wie bei Erwachsenen sehr bedeutend sind und das Leben sehr verkürzen. Ihre frühzeitige Diagnose ist daher von hoher Bedeutung. Sie scheint sich nicht immer durch sehr deutlich ausgesprochene Symptome anzukündigen, sondern ein fieberhafter Zustand, von gesteigerter Herzthätigkeit begleitet, sind oft nur die einzigen Verkündiger ihres Auftretens. Da eine so gefährliche Krankheit mit verhältnissmässig so unbedeutenden

Symptomen beginnt, so ist es für die Praxis von der höchsten Wichtigkeit, niemals die Auskultation des Herzens zu unterlassen, selbst in einem Falle, der nichts weiter als ein gelinder Anfall eines einfachen Fiebers zu sein scheint.

Ich habe nichts in Bezug auf die Behandlung hinzuzufügen, da kein Grund vorhanden ist, von den Indikationen, die bei Erwachsenen gestellt werden, abzuweichen. Ich bedaure indess, in einigen der oben mitgetheilten Fälle nicht energischere Mittel, als die, zu denen ich meine Zuflucht nahm, in Gebrauch gezogen zu haben.

Dysenteria typhosa. Eine Mittheilung aus Barez's Kinderklinik, von Dr. Hildebrand, prakt. Arzte in Berlin und Mitherausgeber dieses Journals.

Mathilde S., $11\frac{1}{2}$ Jahr alt, mager und schwächlich, doch immer gesund, wurde 8 Tage vor ihrer Aufnahme von einem heftigen Durchfall befallen, durch welchen, unter drängenden Leibschmerzen, fast alle Viertelstunden eine grosse Menge Blut und Schleim ausgeleert wurde; die Kranke hatte sich gleichzeitig öfter erbrochen, und hustete seit dem Anfange ihres Erkrankens. Erkältung wurde als Ursache der Krankheit angesehen.

Am ersten Tage nach der Aufnahme erfolgten unter Schmerzen und Tenesmus 8 bis 10 Ausleerungen von fast breiigen Fäkalmassen, die wenig Schleim und kein Blut enthielten. Der Schmerz, obgleich im ganzen Unterleibe verbreitet, war am stärksten in der Gegend der *Flexura sigmoidea*, nahm zu beim Druck der Hand, und exazerbirte alle 5 — 10 Minuten mit solcher Heftigkeit, dass sich die Kranke wimmernd im Bette umher warf. Der Appetit fehlte gänzlich, während der Durst sehr gross war. Die Zunge war weder roth noch trocken, sondern mit einem dünnen Belag bedeckt, und ein sehr übler Geruch verbreitete sich aus dem Munde. Der sehr frequente Puls hatte gegen 140 Schläge in der Minute, war matt und leer. Die Kranke fröstelte beständig, und klagte, bei Eingenommenheit und Schwere des Kopfes, über einen dumpfen, schmerzhaften Druck in der Stirngegend. Der vorhandene Husten trat besonders des Abends ein, und war trocken. Tiefes Einathmen erregte Schmerz unter dem unteren Theile des Brustbeines. Das Respirationsgeräusch war auf der ganzen linken Seite und dem unteren Theile der rechten Seite scharf

und rauh, während es am oberen und mittleren Theile der rechten Brustseite seine normale Beschaffenheit hatte. Die Perkussion ergab überall den Lungenton. — Die Verordnung bestand in einem *Infus. Ipecacuanhae* mit *Liq. Ammonii acet.*, schleimigen Getränk und Kataplasmen über den Unterleib.

Am zweiten Tage. Die Kranke hatte in der Nacht zum Theil geschlafen, und acht breiige nicht blutige Ausleerungen gehabt. Der Tenesmus, der Schmerz im Leibe und Kopfe waren dieselben, die allgemeine Unruhe aber so gross, dass sie sich beständig umher warf, und weder Kataplasmata noch andere Bedeckungen auf sich liegen liess. Der Puls war sehr schwach und von derselben Frequenz; der Husten nur gering, und es erfolgten noch 6 Stühle von derselben Beschaffenheit im Laufe des Tages. Die Haut war trocken und heiss, und obgleich die Kranke Vor- und Nachmittag ein warmes Bad erhielt, trat doch weder Ruhe noch Transpiration ein.

Am dritten Tage. Die Nacht war schlaflos und der Zustand ganz derselbe geblieben. Nach einem warmen Bade erfolgte nur geringe Transpiration. Die Eingenommenheit des Kopfes, die Frequenz des Pulses, die Unruhe und der Schmerz dauerten fort, und während das Gesicht anfing zu kollabiren, war der Durst unauslöschlich.

Am vierten Tage. Während der schlaflosen Nacht hatte sich nichts in den Erscheinungen geändert; es waren bis zum Morgen 8 Stühle erfolgt, und zuletzt ein kurzer, scheinbar ruhiger Schlaf eingetreten, worauf dieselbe heftige Unruhe sich erneuerte, die Kranke theilnahmlos und gleichgültig gegen Alles wurde, und endlich gegen Mittag unter Konvulsionen verschied.

Obduktions-Bericht.

In der Kopfhöhle fand sich auf der Arachnoidea ein dünnes, gallertartiges Exudat. Die Gefässe waren stark injizirt; die Gehirnsubstanz fest, in den Gehirnhöhlen wenig Flüssigkeit, die Plexus derselben mit Blut überfüllt.

In der Brusthöhle wurden auf der rechten Seite nach oben alle feste Adhäsionen zwischen der Lungen- und Rippenpleura angetroffen; die Lungen selbst waren gesund, während in den Bronchialdrüsen tuberkulöse Infiltration stattfand.

Bauchhöhle. Die Leber war sehr gross, und es zeigten sich mehrere gelbe Flecke auf ihrer Oberfläche, die einige Linien tief in die Substanz eingingen. Die Substanz selbst war fest. Die Nieren

normal. Am Bauchfelle überhaupt, so wie an dem serösen Ueberzuge der Därme, zeigte sich keine Spur von Peritonitis, und der ganze Dünndarm war vollkommen gesund. Bei Untersuchung des Dickdarms hingegen fand man, dass derselbe von seinem Cökalende an bis zum Rektum erkrankt war. Er enthielt weder Fäces noch Skybala, sondern eine Menge Ruhrgeschwüre in verschiedenen Graden, die meist nicht tief penetrirten, 2 — 4 Linien im Durchmesser hatten, von den Follikeln ausgingen, und mit einem grünlichgrauen Ueberzuge bedeckt waren; in ihrem Umkreise war die Schleimhaut entzündet und aufgelockert. Das Rektum bildete ein grosses, 5 — 6 Zoll langes, vom After ausgehendes Dysenteriegeschwür, mit aschgrauen, dichtstehenden, rauh anzufühlenden Höckern, die auf verdickter Schleimhaut standen, während die muskulöse Schicht Infiltrationen zeigte. Der graue Ueberzug dieser höckerigen Fläche bestand aus Fäkaltheilen und amorphem körnigen Schleim, der sich wahrscheinlich aus zerfallenen Epitheliumzellen gebildet hatte, in dem aber keine organische Form mehr zu erkennen war.

Einige Bemerkungen zu obiger Krankengeschichte.

Aus der Entstehung und dem Verlaufe dieser Krankheit ergiebt sich nicht nur ihre idiopathische Entwickelung, sondern sie widerlegt auch die ältere Meinung, dass ein Irritationszustand des Darmkanals, durch angehäufte Kothmassen erzeugt, der Dysenterie zu Grunde liege; dem zu Folge die früheren Aerzte der ausleerenden Methode in dieser Krankheit den Vorzug gaben. Genauere Untersuchungen der pathologischen Veränderungen in den Leichnamen solcher Kranken haben nachgewiesen, dass die Dysenterie ein eigenthümlicher Entzündungszustand der Schleimhaut des Dickdarms sei, der durch mannigfache, allgemein einwirkende Zustände hervorgebracht werden kann. Diejenigen Aerzte, deren Mehrzahl Engländer sind, welche sich, vor diesen anatomischen Entdeckungen, zu der Ansicht neigten, dass das remittirende Fieber eine aus allgemeinen Ursachen idiopathisch sich entwickelnde Krankheit sei, mit welcher Diarrhoe und Dysenterie in einem Wechselverhältniss stehen, — die eine Krankheit der andern folgen kann, — diese Aerzte waren es, durch welche eine rationellere Behandlung der Dysenterie begründet wurde.

Dass der Zeitpunkt zur Wiederherstellung bereits verschwunden war, als die Kranke aufgenommen wurde, darauf hin deuteten der fixe Schmerz im Unterleibe mit seinen kurzen Pausen, die gänzliche Schlaf-

losigkeit, das beständige Frösteln, der heftige Durst, die Beschaffenheit des Pulses, und der Tenesmus bei fäkulenten Ausleerungen, — Alles Zeichen, welche gemeinsam den eingetretenen Desorganisationszustand bezeichnen, der dieser Krankheit eigen ist. In Bezug auf die beiden letzten Symptome, den Tenesmus und die fäkulenten Ausleerungen, so haben schon ältere Aerzte wahrgenommen, dass die schmerzhafte Affektion, die man durchweg mit dem Namen Tenesmus bezeichnet, nicht immer ihren Sitz in den Schliessmuskeln des Afters hat, sondern zuweilen eine viel höhere Stelle einnimmt. Denn man findet nicht selten während des Schmerzes den After weit offen, und sind die Kranken Erwachsene und bei Bewusstsein, so bezeichnen sie auch die Mitte des Kreuzbeins als den Ort des Schmerzes, der oft so heftig bohrend und brennend ist, dass er von einigen Aerzten *Clavus dysentericus* genannt wurde (*Caroli Strack Tentamen medicum de Dysenteria. Moguntiae* 1760) und immer der Begleiter krankhaft organischer Veränderungen des in der Nähe liegenden Darmtheils ist. Mit ihm steht in genauer Verbindung der Abgang fäkulenter Stoffe, als Folge eines paralytischen Zustandes des Darmes.

Ein zweites Moment des Todes war die grosse Gesunkenheit der Kräfte. Sie kann der Diarrhoe wohl nur entfernt zugeschrieben werden, da selbst ganz kleine Kinder heftige Diarrhoeen ziemlich lange ertragen, ohne davon bedeutend angegriffen zu werden. Es muss vielmehr in der Krankheit etwas Eigenthümliches liegen, das die Kräfte so schnell lähmt. Man bemerkt daher, dass sich solche Fälle in ihren Symptomen dem Zustande eines typhösen Leidens nähern, wie es sich hier durch die Eingenommenheit, Schwere und dumpfen Schmerz des Kopfes zu erkennen gab, welche Erscheinungen bei Darmaffektionen immer auf ein sympathisches Erkranken der Hirnhäute hindeuten, das plastisches Exudat und den Tod unter Konvulsionen zur Folge hat.

Von der chronischen Anschwellung der Tonsillen bei Kindern, von Dr. A. Robert in Paris.

Die chronische Anschwellung der Tonsillen, seit langer Zeit bei Erwachsenen bekannt, ist noch nicht hinlänglich bei ganz jungen Kindern studirt worden. Dennoch ist sie durch die spezielle Natur der Ursachen, die sie hervorrufen, durch ihr eigenthümliches Auftreten, und besonders durch die vielen und wichtigen Leiden, von denen sie

begleitet wird, für jeden Arzt von grossem Interesse. In dieser Abhandlung will ich das zusammenstellen, was ich durch eine grosse Anzahl von seit langer Zeit und mit Sorgfalt beobachteten Fällen aufgefunden habe. Ich kann unmöglich alle Fragen, die sich beim Studium dieser Krankheit aufwerfen lassen, beantworten, aber ich werde meinen Zweck erreicht haben, wenn ich sie der Aufmerksamkeit der Beobachter anempfehle, und wenn meine Bemühungen von ihrer Seite vollkommenere Arbeiten als die meinige bezwecken können.

Anatomische Charaktere und Symptome.

Charakteristisch ist die Anschwellung beider Tonsillen, niemals habe ich eine allein affizirt gesehen. Fast immer erstreckt sich, wenn das Uebel so zugenommen hat, dass es die Aufmerksamkeit der Eltern erregt, die Anschwellung nach oben bis zum *Velum palatinum*, das fast horizontal liegt, nach unten bis zur Zungenwurzel; sie ragt nach vorn bis zum Zäpfchen hervor, das sie berührt, so dass zwischen den beiden Tonsillen nur ein enger Raum, eine Art Spalte bleibt, die zum Durchgang der Luft und der Nahrungsmittel dient.

Die kranken Theile sind ganz schmerzlos, so viel man sie auch berühren und drücken mag, von rother Farbe, und schienen weicher als im normalen Zustande zu sein. Ihre Textur ist der hypertrophischer Tonsillen beim Erwachsenen ähnlich, d. h. mitten in einem röthlichen, homogenen, zerreiblichen Gewebe, was keine Fibern zeigt, sieht man Kanäle, die es nach allen Richtungen durchziehen, und die nichts Anderes sind, als die erweiterten Schleimdrüsen, die die organische Grundlage der Mandeln bilden.

Bei Erwachsenen ist die Krankheit im Allgemeinen von geringer Bedeutung, sie ruft nur allein Beschwerde beim Schlucken und Sprechen hervor; nicht so verhält es sich bei Kindern. Die angeschwollenen Tonsillen, sich am Eingang in die Respirationswege befindend, hindern den Eintritt der Luft in die Lungen, beeinträchtigen die Funktionen und die Entwickelung der in der Nachbarschaft befindlichen Organe, und rufen sekundär im ganzen Organismus einen Zustand von Schwäche und Entkräftung hervor, der eine Folge der Störung einer der zum Leben wichtigsten Funktionen ist.

1) Ein häufig von mir beobachtetes Symptom ist eine Abnahme des Gehörs. Die Ursache und der Mechanismus ist leicht zu erklären. Die Ausdehnung der Mandel in vertikaler Richtung treibt die seitlichen Theile des *Velum palatinum* in die Höhe und drückt auf das

Ostium pharyngeum der *Tuba Eustachii,* das unmittelbar über ihr liegt, hinter den Choanen. Dieser Druck ist nie so bedeutend, dass die Tuba gänzlich verschlossen wird, aber er hemmt den Eintritt der Luft und ist hinreichend, eine mehr oder weniger bedeutende Harthörigkeit zu erzeugen. In dem Alter, wo die Anschwellung der Tonsillen sich einstellt, sind die Kinder zu jung, um diese Abnahme des Gehörs zu bemerken und selbst anzuführen; aber die Eltern bemerken, dass sie lauter mit ihnen sprechen müssen, und die Kinder sind genöthigt aufmerksamer zu sein, als es gewöhnlich in ihrem Alter geschieht.

2) Die Anschwellung der Tonsillen erschwert oder hebt den Durchgang der Luft durch die Nasenhöhlen ganz auf durch Erhebung des *Velum palatinum,* und zwingt die Kinder, beständig durch den Mund zu athmen. Dies ist eins der konstantesten Symptome der Krankheit. Im wachen Zustande halten die Kinder den Mund immerwährend offen, ihre Physiognomie erhält dadurch etwas Fremdartiges und Stumpfsinniges, was mich mehr als einmal auf die Diagnose des Hauptleidens geführt hat. Im Schlafe ist ihre Respiration rasselnd, zischend, zuweilen so erschwert, dass eine noch so günstige Lage Erstickung hervorzurufen droht und sie aus dem Schlafe emporfahren. Aus dem Munde fliesst ein dicker und häufig mit Blut gefärbter Schleim aus, von dem man Spuren auf den Kleidern und Kissen findet.

3) Ein sehr häufig vorkommendes Symptom ist ein frequenter, hartnäckiger Husten. Dupuytren hatte ihn schon angeführt und betrachtete ihn als eine Komplikation von einem katarrhalischen Zustande der Bronchien herrührend; aber ich kann seine Ansicht nicht theilen, und nach dem, was mich die Auskultation gelehrt hat, halte ich diese Erscheinung, wenigstens in den meisten Fällen, für rein sympathisch. Es ist dies gar nichts Merkwürdiges; auch beim Erwachsenen sieht man, dass auf die Fauces beschränkte Entzündungen bisweilen Husten erzeugen, und sogar für wichtige Leiden der Lungen selbst gehalten werden.

4) Die chronische Anschwellung der Tonsillen übt einen bekannten und immer vorkommenden Einfluss auf die Stimme bei Erwachsenen aus; bei Kindern wird der Klang gedämpft, es ist eine Kehlstimme und so charakteristisch, dass man dadurch allein die Krankheit erkennen könnte.

5) Ich habe oft gefunden, dass die seit den ersten Jahren affizirten Kinder sich durch ein kleines Gesicht und eine enge Nase aus-

zeichneten. Untersucht man die Mundhöhle, so findet man ausserdem das Gaumengewölbe sehr klein und stark konkav, den *Arcus dentalis superior* kaum von hinreichender Grösse, um die Zähne aufzunehmen, diese einander sehr genähert, besonders vorne, wo die Schneide- und Eckzähne über einander liegen. Ueber diesen Zustand, den ich immer mit der Anschwellung der Tonsillen habe zusammentreffen sehen, befremdet, musste ich mir natürlich die Frage aufwerfen, ob dieser Zustand nur eine Komplikation der Anschwellung oder von dieser abhängig sei. Ich stand keinen Augenblick an, das Zweite anzunehmen, und zwar aus folgenden Gründen: Im menschlichen Organismus hört jedes Organ, dessen Funktionen ganz aufgehoben oder nur gestört sind, auf zu wachsen, und wird nach und nach atrophisch; ist es nun nicht klar, dass die Nasenhöhlen, die zum Durchgange der Luft dienen, und so einen Theil des respiratorischen Apparats ausmachen, ebenfalls diesem Gesetze sich unterziehen müssen, wenn ein Hinderniss der Ausübung ihrer Funktionen entgegentritt? Daher rührt die auffallende Enge dieser Höhlen bei Kindern, deren Mandeln sehr früh anschwellen, welche die Kleinheit der Nase, die Tiefe des Gaumengewölbes und die Enge des oberen Zahnbogens nach sich zieht.

6) Die meisten mit Anschwellung der Tonsillen behafteten Kinder bieten auch wichtige Veränderungen in dem Bau des Brustkastens dar, auf die ich spezieller eingehen will. Dupuytren hat zuerst auf diese Koinzidenz aufmerksam gemacht, besonders in einer Abhandlung, die er im Jahre 1827 veröffentlichte [1]). Seitdem ist sie häufig beobachtet worden. Coulson [2]) in London hat sie bei den meisten an Difformität des Thorax leidenden Kindern angetroffen, und in der neuesten Zeit hat Waren in Boston in einem interessanten Aufsatze über die Hypertrophie der Tonsillen [3]) mitgetheilt, dass er unter zwanzig an dieser Affektion leidenden Kindern eilf mit einem mehr oder weniger difformen Brustkasten fand. Diese Veränderung besteht nun in Folgendem: Die Brust, anstatt an den Seitenwänden regelmässig und abgerundet zu sein, ist im Gegentheil eingedrückt und bisweilen selbst konkav, als wenn die Rippen zu der Zeit, wo sie weich und biegsam waren, von einer Seite zur anderen zusammengedrückt worden wären. Dieser Eindruck ist von oben nach unten viel deutlicher

---

1) *Mémoire sur la dépression latérale des parois de la poitrine.*
2) *On deformities of the chest and the spine.*
3) *American journal of medical sciences, août* 1839.

gegen die Mitte des Thorax als an der Spitze oder Basis wahrnehmbar, und von vorn nach hinten ebenfalls in der Mitte der Rippen stärker als an ihren Enden. Durch die gerade Richtung der Rippen werden die Enden von einander entfernt, und mithin die Form des Rückgraths und Brustbeins verändert. Jedoch muss die Wirbelsäule, die aus fest unter einander eingelenkten Stücken zusammengesetzt ist, viel mehr Widerstand leisten, als das Brustbein und die Rippenknorpel, und mithin weniger bedeutende Abweichungen darbieten. Ich habe in der That oft bemerkt, dass ihre Gestalt wenig oder gar nicht verändert war, trotz der wichtigen in den anderen knöchernen Theilen des Brustkastens zu Stande gekommenen Verkrümmungen, und in dieser Hinsicht ein grosser Unterschied zwischen den rhachitischen Difformitäten und den von dieser speziellen Ursache herrührenden stattfindet. Da die Rippen auf diese Weise hinten an der Wirbelsäule fest angeheftet sind, so erstreckt sich die Wirkung der zu starken Ausdehnung auf das vordere Ende, und die Rippenknorpel und das Brustbein werden nach vorn hervorgetrieben. Da das Brustbein nicht sehr beweglich ist, wegen der ersten Rippe, die es oben fixirt, so werden die Rippen zuerst in der Nähe der Verbindungen der Rippen mit den Knorpeln, und vorzüglich die mittleren, hervorgetrieben, und hieraus folgt, dass die Rippenknorpel, anstatt die regelmässige Wölbung der Rippen weiter fortzusetzen, mit denselben stumpfe Winkel bilden, die nach vorn hervorragen und immer durch die grossen Brustmuskeln, die bei diesen Kindern dünn und wenig entwickelt sind, wahrzunehmen sind. Die Veränderungen des Brustbeins beschränken sich bisweilen auf eine nicht sehr bedeutende Wölbung in der Mitte; in den weit vorgeschrittenen Fällen wird es hingegen der Sitz einer sehr auffallenden Missgestaltung, die ich zum ersten Male vor sechs Jahren bei einem Kinde von 3½ Jahre beobachtet habe. Bei demselben schien sich die Anschwellung der Tonsillen aus den ersten Monaten des Lebens herzuschreiben, sie hatte einen enormen Umfang erreicht und verschloss fast vollständig den *Isthmus faucium;* die sehr mühsame Respiration erfordert fast fortwährend die Thätigkeit aller inspiratorischen Muskeln, der seitliche Eindruck des Thorax war beträchtlich und das Brustbein zeigte in seinem unteren Drittheil eine um so auffallendere Vertiefung, da der mittlere Theil dieses Knochens stark nach vorn hervorstand. Seitdem habe ich dieselbe Difformität mehrere Male in verschiedenen Graden, aber nie so bedeutend angetroffen. Uebrigens hat Coulson, der diese eigenthümliche Veränderung vor mir beobachtet hatte, mehrere

Fälle davon angeführt und selbst einen in seinem Werke abbilden lassen, und auch Waren hat kürzlich einige Beobachtungen mitgetheilt.

Die Difformität des Thorax bietet mithin zahlreiche Verschiedenheiten und Abwechselungen dar. Im Allgemeinen richtet sie sich nach dem Volumen der Mandeln und besonders nach dem Alter, in welchem die Anschwellung aufgetreten ist. Sie ist sehr bedeutend, wenn dieselbe angeboren ist und sich in den ersten Monaten nach der Geburt eingestellt hat, wo das Knochengerüst noch keine grosse Festigkeit hatte.

Es kann keine bedeutende Veränderung im Bau des Brustkastens stattfinden, ohne dass die wichtigen in dieser Höhle eingeschlossenen Eingeweide selbst mehr oder weniger in ihren Funktionen beeinträchtigt werden. So findet bei den Kindern, wo die seitliche Depression allein oder mit Aushöhlung des Brustbeins komplizirt besteht, eine kurze und beschleunigte Respiration statt, besonders wenn sie sich stark bewegen; bei anderen treten Palpitationen ein; bei allen ist die fortdauernde Hemmung der Respiration und Zirkulation der Ernährung nachtheilig, verhindert die Entwickelung der Kräfte und bringt einen Zustand von Blässe, Abmagerung und Schwäche hervor, die auf die geringe Thätigkeit der Hämatose und auf den Eingriff in die Quellen des Lebens hindeuten. Diese Kinder sind verloren, wenn sich zu dem gewöhnlichen Grade von Dyspnoe noch eine zufällige Krankheit der respiratorischen Organe, die deren Heftigkeit zu erhöhen im Stande ist, hinzugesellt. Ich habe im vergangenen Jahre ein Kind von 6 Jahren behandelt, welches in Folge einer *Angina tonsillaris* starb; Dupuytren erzählt, ein mit heftigem Keuchhusten behaftetes Kind habe bei jedem Hustenanfall an einer solchen Oppression gelitten, dass er glaubte, es würde sogleich unterliegen, und es starb wirklich in einem dieser Anfälle.

Nachdem ich von den Difformitäten des Thorax, die man bei an chronischer Anschwellung der Tonsillen leidenden Kindern beobachtet, gesprochen habe, will ich das zwischen diesen beiden Krankheiten stattfindende Verhältniss näher betrachten, um so mehr, als bis auf den heutigen Tag diese Frage noch nicht entschieden ist, und ich ich mehrere Male Aerzte habe diesen Zusammenhang in Zweifel ziehen und die Koinzidenz beider Krankheiten als selten und rein zufällig betrachten hören.

Da diese beiden Krankheiten aber so oft mit einander verbunden

vorkommen, so muss man daraus schliessen, dass eine der anderen nicht fremd ist. Aber wie ist die Verwandtschaft, durch welche sie mit einander in Verbindung stehen, zu erklären? Bestehen beide Affektionen gleichzeitig, und hängen sie, wie Dupuytren glaubte, von einer uns unbekannten Ursache ab? [1]) Oder ist ihre Entwickelung nur eine sukzessive, indem die eine als Ursache, die andere als Wirkung angesehen werden muss? Zwischen diesen beiden Ansichten brauche ich nicht lange zu wählen; ich stehe nicht an, die Anschwellung der Tonsillen als die primitive Krankheit, und die Deformität des Brustkastens als die Folge derselben zu betrachten. Die Gründe, die mich dazu bewegen, sind folgende:

1) Durch Nachfrage bei den Eltern, wenn diese verständig und aufmerksam genug waren, um die ersten Störungen bei ihren gesunden Kindern wahrnehmen zu können, habe ich meistentheils erfahren, dass sie von den ersten Monaten nach der Geburt an eine Aenderung in der Stimme wahrnahmen und die Respiration immer durch den Mund geschah; erst später bemerkten sie eine Veränderung im Bau des Thorax.

2) Ich habe sehr oft gefunden, dass die Ausschneidung der Mandeln die Deformität in ihrem Fortschreiten aufhielt, und bisweilen, wo ich so glücklich war, operirte Kinder mehrere Jahre hindurch zu beobachten, bemerkte ich, dass diese Missgestaltung fast vollständig verschwand.

3) Wenn man über die Art, wie die Respiration vor sich geht, nachdenkt, so ist es leicht zu beweisen, dass jedes Hinderniss des freien Eintritts der Luft in die Lungen, wenn es lange Zeit andauert, und in einem Lebensabschnitt, wo die Entwickelung und Verknöcherung des Thorax unvollkommen sind, stattfindet, in der Form desselben mehr oder weniger wichtige Modifikationen nach sich ziehen muss. Im normalen Zustande dehnt sich der Brustkasten bei jeder Inspiration aus, ein leerer Raum würde sich in der Pleurahöhle bilden, doch die in den Lungen enthaltene Luft dehnt dieselben aus; aber in dem Maasse, als diese an Menge zunimmt, vermindert sich ihre Spannung, und die äussere Luft stürzt sich in die Luftwege; so lange die Inspirationsbewegung stattfindet, ist der Druck, den ein innerer Punkt der Lunge erfährt, geringer als der Druck der Atmosphäre. Diese Verringerung des Drucks ist schwach bei den gewöhnlichen Inspirationen,

1) *Leçons orales. T. I. p.* 184.

wenn die äussere Luft frei in die Lunge eindringen kann, aber sie kann sehr bedeutend werden, wenn die Inspirationsmuskeln sich stark kontrahiren und die äussere Luft nur schwer in die Luftwege eindringen kann. Es ist klar, dass bei Anschwellung der Mandeln, wenn die Luft nicht durch die Nasenhöhlen ihren Weg nehmen kann und die Dimensionen des *Isthmus faucium* denen einer engen Spalte gleichen, der Druck der atmosphärischen Luft bei jeder Inspirationsbewegung auf den Thorax einwirken und ihn zusammendrücken muss, besonders an den Seitentheilen; wenn nun die das Knochengerüst bildenden Theile dünn sind und wenig Widerstand leisten, wie es bei sehr jungen und schwächlichen Kindern der Fall ist, so wird man einsehen, dass die lange Zeit und häufig wiederholten Inspirationsanstrengungen eine Applattung der Rippen und seitliche Verengerung des Thorax zur Folge haben müssen.

Aetiologie.

Bei Erwachsenen tritt die chronische Anschwellung der *Tonsillen* bald in Folge subakuter, während einer langen Zeit durch lokale oder allgemeine Ursachen unterhaltener Entzündungen, bald nach wiederholten akuten, deren Zertheilung unvollkommen war, auf. Bei Kindern hingegen zeigt sie im Anfang nicht dieselben Charaktere, sie erscheint und nimmt langsam, unmerklich, ohne Schmerz oder Beschwerde beim Schlucken zu verursachen, zu; sie kündigt sich den Eltern nur durch das Geräusch, welches die Respiration begleitet, durch das fortwährende Offenhalten des Mundes, zu dem die Kinder gezwungen sind, durch einen kurzen habituellen Husten, und endlich später durch den eigenthümlichen Klang der Stimme an.

Als ich die ersten Fälle von Anschwellung der Tonsillen bei Kindern beobachtete, wunderte ich mich über den Mangel aller entzündlichen Symptome, und wie eine Krankheit, die sich der der Erwachsenen durch ihre anatomischen Charaktere nähert, in Hinsicht der Ursachen und Entwickelungsweise so verschieden von dieser sein kann. Später aber lernte ich besser ihre Entstehungsweise kennen und überzeugte mich, dass sowohl bei Kindern wie bei Erwachsenen die Reizung, nur verschieden nach ihrer Heftigkeit, die alleinige Ursache der Anschwellung ist, wie im Allgemeinen die aller Hypertrophieen. Den zahlreichen Nachforschungen zufolge, die ich über den genauen Zeitpunkt, wo das Uebel zu beginnen schien, angestellt habe, zeigte es sich, dass die ersten Symptome der Anschwellung oft bei Kindern zwischen dem

sechsten Monat und dem Ende des zweiten Jahres auftreten. Dieser Zeitabschnitt ist aber der des Zahnungsprozesses, und es ist bekannt, dass derselbe eine Kongestion nach dem Munde und dessen Anhänge, mit einem Wort, nach dem Kopfe zur Folge hat. Der Speichelfluss, die bekannten Ausschläge, Ekzem, Impetigo des Gesichts und des behaarten Theiles des Kopfes, die Anschwellung der Cervikal- und Submaxillardrüsen, die Augenentzündungen u. s. w., rühren von dieser Ursache her, und es ist nichts Ungewöhnliches, dass auch hierdurch Hypertrophie der Tonsillen entsteht.

Nach Dupuytren beobachtet man die Verengerung der Brust und Anschwellung der Mandeln bei lymphatischen und bei durch eine ungesunde Amme, durch feuchte, kalte Wohnung u. s. w. geschwächten Kindern [1]). Dies kann der Fall sein, und ich gebe gern zu, dass eine schlechte Konstitution prädisponirende Ursache für die Anschwellung der Mandeln ist; aber man muss auch eben so den schlimmen Einfluss, den diese Anschwellung auf die Gesundheit der Kinder selbst ausübt, bedenken, und wenn man sie bei schwachen, rhachitischen, skrophulösen Individuen antrifft, muss man die Eltern sorgfältig über die Antezedentien der Krankheit befragen, um nicht die Wirkung für die Ursache zu nehmen. Ich habe Kinder an dieser Anschwellung leiden sehen, trotz einer vortrefflichen Konstitution, bei denen sich dieselbe nur erst seit dem Bestehen der erschwerten Respiration verschlimmert hatte.

Noch ein Umstand hat mich mehr als einmal bei Beobachtung dieser Krankheit in Staunen gesetzt, dass nämlich unter den Kindern derselben Familie selten eins allein ergriffen wird, bei allen oder fast allen sind die Mandeln mehr oder weniger bedeutend aufgetrieben.

Prognose und Behandlung.

Die chronische Anschwellung der Mandeln ist eben so wenig bei Kindern wie bei Erwachsenen zur Zertheilung fähig. Ist sie nicht sehr bedeutend, und findet kein merkliches Hinderniss irgend einer Funktion statt, so tritt ein Zeitpunkt ein, wo, indem die Dimensionen der Organe allmälig zugenommen haben, das Volumen der Tonsillen geringer scheint, verglichen mit der Ausdehnung des *Isthmus faucium*, so dass die Form dieser Theile sich fast normal verhält. In diesen Fällen kann man die Krankheit sich selbst überlassen und sich auf

1) *Leçons orales. T. I. p.* 182.

eine Behandlung, die die Muskelenergie zu entwickeln und die Blutbildung zu verbessern im Stande ist, beschränken. Aber ich erstaune, dass schätzbare Aerzte diesen Rath allgemein anwenden und sich in allen Fällen auf allgemeine Mittel haben beschränken können, indem sie die Ursache des Uebels fortbestehen lassen. Ich würde dieses Zaudern begreifen, wenn die Ausschneidung der Mandeln eine gefährliche Operation wäre, aber ich habe sie oft von Dupuytren vollführen sehen, ich selbst habe sie in einer grossen Anzahl von Fällen an Kindern jedes Alters gemacht, und niemals traten ernstliche Zufälle ein. Ich bin der Meinung, dass man ohne Zögern zu derselben seine Zuflucht nehmen muss, wenn die Tonsillen so angeschwollen sind, dass die Stimme alterirt, und die Respiration durch die Nasenhöhlen unmöglich geworden ist, selbst wenn noch keine Deformität des Thorax vorhanden ist.

Diese Operation bietet oft grosse Schwierigkeiten bei Kindern dar, sei es wegen der Kleinheit der Theile, sei es besonders weil sie sehr unruhig sind. Man kann sie nur mit Sicherheit vollführen, wenn man wirksame Mittel zur Verhinderung der Bewegungen des Kopfes und Stammes, zum Offenhalten des Mundes und Niederdrücken der Zunge, zum Ergreifen und schnellen Abschneiden der Tonsillen besitzt.

Indem das Kind auf den Knieen eines Gehülfen sitzt, die oberen Extremitäten und den Stamm gegen die Brust desselben angelehnt, der Mund von einem zweiten Gehülfen offen gehalten und die Wurzel der Zunge niedergedrückt wird, ergreift der Operatör zuerst die linke Mandel mit der in der linken Hand gehaltenen Hakenzange, zieht sie ein wenig nach Innen und führt mit der anderen Hand das Bisturi zwischen Mandel und Zungenwurzel, richtet die Schneide nach oben, und durch kleine ziehende Bewegungen schneidet er schnell das kranke Organ, sich an den beiden Gaumenbögen haltend, ab; bevor er das Messer auszieht, wendet er die Schneide nach oben und innen, um das *Velum palatinum* zu vermeiden und die Ablösung der Tonsille leichter vollenden zu können. Dieser operative Handgriff ist sehr leicht zu vollführen, aber bei sehr jungen Kindern reisst die Mandel, wenn der Kopf nicht ordentlich fixirt ist, bei der geringsten Bewegung los, zumal da sie in diesem Alter sehr weich ist; das ausfliessende Blut verhindert den Operatör zu sehen, was er thut. Manche Kinder schreien so, dass sich ihr Kopf mit Schweiss bedeckt, ihr Gesicht violettroth wird, und man genöthigt ist, mehrere Male die Operation einzustellen, wenn nicht Asphyxie eintreten soll. Es ist im Allgemeinen

am geeignesten, die andere Tonsille einige Augenblicke nach der ersten zu entfernen, wenn der von der Abtragung der ersten herrührende Blutfluss gestillt ist. Sind indessen die Schwierigkeiten zu gross, so sollte man nicht darauf bestehen, sondern die zweite Operation aufschieben, bis die Entzündung vollkommen beseitigt ist.

Gewöhnlich tritt ein geringer Blutfluss ein, der in Folge adstringirender oder säuerlicher Gurgelwässer steht. Doch fand man bisweilen das auf der äusseren Fläche der Tonsillen von der *A. palatina* und *pharyngea* gebildete Netzwerk sehr ausgedehnt, so dass sich eine beunruhigende Blutung einstellte. Velpeau [1]) will dreimal gezwungen gewesen sein, pulverisirten Alaun direkt auf die Wunde zu bringen, und ich weiss, dass Blandin jüngst zum *Cauterium actuale* seine Zuflucht nehmen musste. Mir ist glücklicher Weise nie ein solcher Zufall begegnet; sollte er mir aber vorkommen, so würde ich die Kompression versuchen, wozu mir die Lage der Tonsillen ganz geeignet zu sein scheint; ich würde den Daumen tief in den *Isthmus faucium* auf die blutende Fläche einbringen, den Zeige- und Mittelfinger auf die Haut des Halses hinter dem Unterkiefer legen, und ich glaube, dass dieses Verfahren gestatten würde, die Mandel zu quetschen oder lange genug zu komprimiren, um die Hämorrhagie zu hemmen. Uebrigens hat Hervez de Chégoin ein Instrument angegeben, dessen Wirkung auf diese anatomische Lage der Theile beruht und die Anwendung der Hand ersetzt.

Gleich in den ersten Tagen nach der Operation stellt sich das Gehör wieder ein, die Stimme nimmt einen besseren Klang an, die Respiration ist nicht mehr so laut und kann durch die Nase stattfinden. Aber die Gewohnheit der Kinder, nur durch den Mund zu respiriren, ist so mächtig, dass eine lange Zeit dazu gehört, um sie zu beseitigen. Die Deformität der Brust macht keine Fortschritte mehr, sondern mindert sich. Aber es ist leicht einzusehen, wie langsam die Rückkehr des Skeletts zu seiner primitiven Gestalt vor sich gehen muss, und dass sie sehr oft unvollkommen bleiben würde, wenn man sie nicht durch künstliche Mittel begünstigte.

Dupuytren räth, einen Druck von hinten nach vorn auf den Thorax auszuüben, indem er so auf die Rippen wirken und ihre Wölbung wieder herzustellen hofft. Hierfür muss der Rücken des Kindes gegen eine Mauer oder irgend ein anderes festes Planum fixirt sein;

1) *Médecine opératoire.* T. III. p. 367.

dann drückt und stösst man den vorderen Theil der Brust, mittelst der auf den am meisten hervorspringenden Theil des Brustbeins aufgelegten Hand. Dieses Verfahren muss intermittirend und den Respirationsbewegungen isochronisch sein; es darf nur während der Exspiration vollführt werden, um der Brust zu gestatten sich bei der Inspiration auszudehnen, dann muss es öfter am Tage wiederholt werden und jedesmal mehrere Minuten andauern. Dieses Mittel ist das einzige, dessen man sich bedienen kann, wenn das Kind noch nicht dasjenige Alter erreicht hat, wo es mit Verstand und Willenskraft begabt ist.

Ein direkteres und wirksameres Mittel besteht darin, die Muskeln, die vom Arm und der Schulter nach der Brust gehen, und die somit, wenn die Arme fixirt sind, die Rippen heben und sie von der Axe des Körpers entfernen, in Thätigkeit zu versetzen. Nach Dupuytren giebt es keine geeignetere Uebung, um diesen Zweck zu erreichen, als mit den Händen mehrere Stunden täglich ein an einem Stricke aufgehängtes Gewicht, das über zwei Rollen läuft, in die Höhe zu ziehen.

Eine sehr vortheilhafte Uebung, die mit der vorhergehenden abwechseln kann, ist die, wo die Extremitäten soviel als möglich an einander genähert und die Arme stark nach hinten gebogen werden. Walker hat eine sehr geistreiche angegeben, welche darin besteht, sich zweier 60 bis 70 Centimeters langer Holzstäbe, die an ihren Enden mit Blei versehen sind, zu bedienen. Jeder dieser Stäbe wird in verschiedenen Stellungen, wo die Arme bald in die Höhe gehoben, bald heruntergelassen, bald vom Körper entfernt, nach hinten geführt sind, gehalten, so dass die verschiedenen sich an den Armen und am Thorax inserirenden Muskeln in Thätigkeit versetzt werden.

Uebrigens kann man vielfältig mit diesen gymnastischen Mitteln abwechseln, doch muss man nach Coulson's Bemerkung vermeiden, dass sich der Körper nach vorn beuge, oder dass die Bauchmuskeln stark kontrahirt werden; denn hierdurch würden die Rippen herabgezogen und die fehlerhafte Bildung des Thorax immerfort unterhalten werden. Die angestellten Uebungen müssen mit Beharrlichkeit fortgesetzt werden, und zwar um so länger, je älter die Missbildung ist.

Mit der Gymnastik sind aber alle hygieinen und therapeutischen Mittel, die uns zu Gebote stehen, um die Energie des Organismus zu befördern, zu verbinden.

II. Analysen und Kritiken.

Bericht über die Scharlachepidemie, welche in den Jahren 1834 bis 1842 in Dublin herrschte, mit Beobachtungen von Dr. Henry Kennedy.

(Some account of the Epidemic of Scarlatina, which prevailed in Dublin, from 1834 to 1842 inclusive, with observations by Dr. Henry Kennedy.)

Der Verf., der in seiner ausgebreiteten Praxis Gelegenheit hatte, das in den letzten acht Jahren in Dublin in bedeutender Ausdehnung und mit Symptomen von besonderer Heftigkeit herrschende Scharlachfieber zu beobachten, meint, dass dasselbe zu der Form, welche die bösartige genannt wird, gezählt werden konnte; nicht deshalb, weil jeder Fall ein bösartiger war, sondern weil sich das Verhältniss der von der Krankheit Befallenen zu den Gestorbenen als ein sehr ungünstiges herausstellte.

Nach den pathologischen Erscheinungen theilt Dr. Kennedy die Krankheit in zwei Formen ein, in die einfach bösartige und in die wahre akut bösartige.

Bei der ersteren waren die Erscheinungen an der Oberfläche des Körpers sehr verschieden. In der grösseren Zahl von Fällen zeigten sich grosse dunkle Petechien oder Vibices, besonders um die Schlüsselbeine und die Weichen herum. Beim Einschneiden in dieselben fand man nichts, was diese Färbung der Haut hätte erzeugen können, in keinem Falle wurde ein Extravasat von Blut angetroffen. In der Kopf-, Brust- und Bauchhöhle entdeckte man nichts ausser Kongestion in verschiedenem Grade in den einzelnen Fällen. Der Zustand des Halses war in dieser Krankheitsform nur von sekundärer Bedeutung; während des Lebens wurde gar keine Klage darüber geführt, nach dem Tode fand man eine geringe Ulzeration, besonders am oberen Theile der Tonsillen, nicht mit Anschwellung verbunden.

Die zweite Form der Krankheit verdankte ihre Heftigkeit theilweise der Affektion der oberen Parthie des Rachens und der mitergriffenen umgebenden Theile. Im Allgemeinen hatte die Anschwellung des Halses beide Seiten befallen und war oft so bedeutend, dass sie den Hals wie eine Binde einschnürte, und sich bisweilen bis zu den Schlüsselbeinen hinunter ausdehnte; in einem Falle hatte sie sich auf

die Brustmuskeln fortgesetzt, die so hart wie ein Brett waren. Diese Geschwulst nahm nach dem Tode bedeutend ab; beim Einschneiden in einem frühen Stadium fand sich nur Erguss von Serum, mit einer Gefässüberfüllung der lymphatischen Drüsen; in einer späteren Periode entdeckte man Eiter von schlechter Beschaffenheit, der entweder zwischen die Gewebe infiltrirt war, oder in einem oder mehreren abgeschlossenen Abszessen angesammelt. Wenn die Entzündung den Ausgang in die gewöhnliche Abszessbildung nahm, so verlief der Fall günstig; häufig indessen stellte sich Brand dieser Theile ein, der sehr schnell um sich griff, und in manchen Fällen durch Hämorrhagieen den Tod verursachte, die durch Zerstörung der Wandungen grosser Gefässe erfolgten.

Bisweilen ging die Entzündung, nachdem sie sich über den Hals verbreitet hatte, auf das Brustbein- und Schlüsselbeingelenk über, worauf sich ein Abszess im Gelenke oder Zerstörung der Knorpel ausbildete.

Eine andere Form von Anschwellung des Halses, auf welche der Verf. aufmerksam macht, wurde nur durch Erguss von Lymphe gebildet; sie nahm einen sehr schnellen Verlauf zum wenigsten bis zu einem gewissen Punkte, dann, wenn die Geschwulst ihre Höhe erreicht hatte, schien sie unverändert zu bleiben, selten ging sie in Abszessbildung über.

In Bezug auf die Beschaffenheit der Fauces kamen dem Verf. zwei Affektionen besonders häufig vor, nämlich die Diphtheritis und das Oedem der Glottis. Beide waren von Ulzerationen begleitet, die nach Ausdehnung und Zahl verschieden waren; so zeigte sich sehr konstant eine am oberen Ende einer der beiden Tonsillen, mit unregelmässigen Rändern und von beträchtlicher Tiefe. Auch auf den Stimmbändern fanden sich Geschwüre.

Was die Nachkrankheiten anbelangt, so beobachtete man in einigen Fällen, wenn der Kranke sich schon im Konvaleszenzstadium befand, eine Steifigkeit und Krümmung des Halses, und versuchte man den Kopf gerade zu richten, so rief man im oberen Theile des Halses und gewöhnlich auf einer Seite heftigen Schmerz hervor. Dieselbe mag manchmal in Folge der Halsentzündung, die sich auf die nahgelegenen Gewebe fortpflanzte, entstanden sein, so dass sich Entzündung der Wirbelbeine und bisweilen hierauf Karies entwickelte; in anderen Fällen, wo die Anschwellung des Halses mit Lympherguss vorhanden gewesen, kam es vor, dass dieser Erguss sich über die kleinen Muskeln des Nackens ausdehnte, und zuweilen über den oberen Theil des

M. trapezius; derselbe war zugleich schmerzhaft beim Druck und sehr schwer zu bewegen. In einer dritten Reihe von Fällen entstand sie durch einen spastischen Zustand der Halsmuskeln auf einer Seite, der besonders den *Sternomastoideus* affizirte und durch das fortwährende Liegen des Kindes im Bette in derselben Richtung eine lange Zeit hindurch verursacht worden war.

Eine andere Nachkrankheit war die Fortsetzung der Entzündung in die Eustachische Trompete, die von hier auf das innere Ohr überging und Abszesse und Exfoliation der Gehörknöchelchen bewirkte. Zu anderen Zeiten bildeten sich Abszesse in der Gegend der Parotis und öffneten sich in das Ohr.

Eiteriger Erguss in die Gelenke war eine dritte und höchst ungünstige Nachkrankheit in dieser Epidemie. Bisweilen wurde nur eins der grossen Gelenke ergriffen, zu anderen Zeiten fanden sich drei oder vier mit Eiter angefüllt. Die Synovialhaut war gewöhnlich gesund, wiewohl sie manchmal bedeutend injizirt und mit Lymphe bedeckt war. Dieselbe Bemerkung gilt von der Ulzeration der Knorpel. In manchen sehr bösartigen Fällen hatten sich die Epiphysen von dem Körper der langen Knochen getrennt. Hierbei waren die inneren Organe nicht affizirt.

Die milderen Formen der Krankheit waren häufig mit inneren Veränderungen komplizirt. Von diesen waren die Brustaffektionen die häufigsten und ernstlichsten. Wassererguss stellte sich oft ein. In diesen Fällen zeigten sich die Nieren als gewöhnliche Regel vollkommen gesund, der Urin mag Eiweiss enthalten haben oder nicht. In anderen Fällen hingegen fand eine bedeutende Kongestion dieser Organe statt, bisweilen in solchem Maasse, dass die Niere an Grösse zugenommen zu haben schien. Unter drei Fällen bot einer die Veränderungen, wie sie sich in der Bright'schen Krankheit zeigen, sehr deutlich dar; die Nieren waren bedeutend grösser als im normalen Zustande und ihr Gewebe erweicht, und als der fibröse Ueberzug hinweg genommen wurde, zeigte sich die Oberfläche wie durch abgelagerte Lymphe deutlich punktirt.

Der Verf. geht hierauf zur Beschreibung der Symptome über, die wir kurz betrachten wollen. Die Krankheit trat gemeiniglich plötzlich ein mit Symptomen, die von Affektion des Magens herrührten. Schnell erfolgte Kollapsus, durch seine bekannten Symptome sich charakterisirend, selten war ein deutlich ausgesprochener Frost vorhanden, sondern mehr ein Schauder, wobei oft zugleich die Haut sich heiss

anfühlte. Durchschnittlich dauerte dieses Stadium zwei bis fünf Stunden, wo dann Reaktionssymptome sich einstellten und die hervorstechenderen Symptome der Krankheit zum Vorschein kamen. Schmerzhaftigkeit des Halses gehörte konstant dazu, von der einfachen Röthung bis zur ausgedehntesten Brandbildung abwechselnd. Chronische Anschwellung der Tonsillen und eine widernatürliche Röthe des Rachens blieben in manchen Fällen eine unbestimmte Zeit hindurch zurück. Die Zunge zeigte sehr häufig nicht das gewöhnliche Aussehen, was für die Skarlatina für charakteristisch gehalten wird. Der Puls war gewöhnlich frequenter, im Stadium des Kollapsus war er weich und kaum fühlbar, doch nach acht bis zwölf Stunden entwickelte er sich wieder, und man konnte 120 Schläge zählen. Von dieser Zeit an nahm er fortwährend an Kraft ab, bis gegen den vierten Tag, wo er (wenn es dem Kranken gut ging) wieder an Tonus und Stärke gewann, und seine Frequenz sich verminderte. In solchen Fällen, wo die Krankheit eher der Pest als der Skarlatina glich, wo nur ein geringes, oft gar kein Fieber vorhanden war, kam es bisweilen vor, dass man einige Stunden vor dem Tode den Puls gar nicht fühlen konnte. Der Ausschlag war seiner Intensität nach sehr verschieden; in den heftigsten Fällen bestand er aus einem ununterbrochenen Ueberzuge über die ganze Körperoberfläche; zuweilen stellte er sich in grossen Flecken von sehr glänzender Farbe dar, die so breit waren, dass man sie mit einer Hand bedecken konnte, aber genau von einander getrennt standen. In diesen beiden Fällen brachen gewöhnlich Purpura-Flecke nach der allgemeinen Eruption hervor. Wenn der Ausschlag auf die folgende Weise auftrat, so konnte man sicher sein, dass die Krankheit einen schlimmen Ausgang nehmen würde.

„Zuweilen kam es vor," sagt der Verf. hierüber, „dass der Ausschlag ganz regelmässig auf allen Theilen herausgekommen war; dies mochte nun günstig gewesen sein oder nicht, am nächsten Tage brach ein Nachschub hervor, der von glänzenderer Farbe und deutlicher umgrenzt war als der erste, und was hierbei als merkwürdig zu beachten ist, diese letzte Eruption verschwand wieder, so dass die Haut nur mit der ersten bedeckt war."

In manchen Fällen waren nur dunkle Petechien um die Schlüsselbeine und Inguinalgegend herum sichtbar, die sich über die innere Seite der unteren Extremitäten verbreiteten. Bisweilen beobachtete man nur eine livide Färbung der Hände, Füsse und Extremitäten. Zuweilen, wenn nur ein sehr geringer Ausschlag stattfand, erschien

die Haut der Hände, wo die Nägel sich inseriren, mit einer eigenthümlichen Röthe und Glanz bedeckt, ohne irgend eine Geschwulst. Diese Fälle verliefen alle unglücklich.

Als allgemeine Regel zeigte das Fieber entweder den erethischen oder typhösen Charakter, sehr selten hatte es den sthenischen entzündlichen Typus.

Die Reihe der Behandlungsweisen, nach welcher sie sich dem Dr. Kennedy am erfolgreichsten zeigten, und deren er sich in den meisten Fällen bediente, war folgende: Stimulirende Emetika, warme Bäder, laue oder kalte Waschungen, kalte Uebergiessungen des Kopfes, innere Reizmittel, verdünnende Mittel, Applikation des *Argent. nitricum* auf die Rachenschleimhaut, der eine besänftigende Behandlung folgte, gewöhnlich innerliche Darreichung des Opium. „So nach den Eigenthümlichkeiten eines jeden individuellen Falles," sagt der Verf., „wurde die Behandlung eingerichtet, und unter ähnlichen Umständen würde ich sicher wieder zu derselben meine Zuflucht nehmen."

Zahlreiche Beispiele werden am Schlusse mitgetheilt, und die Abhandlung schliesst mit einem Anhang, welcher einen Bericht über eine in der Gegend von Armagh im Jahre 1842 herrschende Scharlachepidemie, von Dr. Lynn mitgetheilt, enthält.

III. *Klinische Mittheilungen.*

A. *Hôpital des Enfans malades* in Paris (Klinik von Jadelot).

Typhöses Fieber im zweiten Stadium. Betrachtungen über das häufige Vorkommen dieser Affektion im kindlichen Alter.

Ein Mädchen von 10 Jahren wurde am 17. Juli 1843 ins Hospital aufgenommen. Früher viel an skrophulösen Affektionen leidend, soll sie nach Aussage der Eltern vor 7 Tagen erkrankt sein. Ueber die Antezedentien waren nur wenig Aufschlüsse zu erhalten, indessen gelingt es zu erfahren, dass die Krankheit mit Schwindel, heftigem Kopfschmerz, Uebelkeit, der einige Mal Erbrechen folgte, ziemlich bedeutendem Nasenbluten, einem Gefühl von Mattigkeit und Abgeschlagenheit begonnen habe.

Bei der Aufnahme war der Zustand folgender:

Geröthetes Gesicht, heisse schwitzende Haut, Puls von 132 Schlägen, klein, wenig entwickelt. Der untere Theil des Gesichts gelblich gefärbt. Grosse Schwäche, so dass die Kranke nicht aufrecht sitzen kann und sogleich wieder in das Bette zurücksinkt. Trockne, mit einer braunen Kruste überzogene Zunge. Lebhafter Durst. Das Kind antwortet nur sehr langsam und abgebrochen. — Der Leib etwas gespannt, schmerzhaft beim Druck, besonders in der Cökalgegend, wo man ein sehr deutliches schwappendes Geräusch wahrnimmt; seit zwei Tagen Durchfall von 5 — 6 Stühlen täglich. Die Kranke scheint an sehr heftigem Kopfweh zu leiden, klagt, wenn man sie schüttelt, und aus dem somnolenten Zustande, in dem sie sich befindet, erwecken will. In der letzten Nacht sehr starkes Delirium, so dass man sie in ihrem Bette befestigen muss. Respiration normal. Es werden 8 Blutegel auf den Unterleib, ein *Inf. flor. Malvae* innerlich, Kataplasmata mit Anis versetzt auf den Unterleib, ein Klystier von Kleienwasser, Sinapismen auf die Waden, Morgens und Abends, und blande Diät verordnet.

Am 19. Juli. Fast derselbe Zustand, der Durchfall dauert fort, ist indessen nicht so stark. Puls von 128 Schlägen. Etwas Husten, ohne Expektoration. Geringes Schleimrasseln und *Rh. sibilans* an einigen Stellen an der Basis beider Lungen, an der hinteren Wand. Das Kind antwortet nur schwer auf die ihm vorgelegten Fragen, und erst, wenn man sie mehrere Male wiederholt hat.

Am 22. Juli. Puls von 120 Schlägen. Leib aufgetrieben, schmerzhaft beim Druck; ziemlich bedeutende Diarrhoe; Husten hat zugenommen; die Respiration beengt, das Athmungsgeräusch auf beiden Seiten von pfeifendem und schleimigem Rhonchus begleitet. Die intellektuellen Fähigkeiten nehmen immer mehr und mehr ab. Fast fortwährende Somnolenz bei Tage; Delirien in der Nacht.

Am 27sten und 28sten steigern sich die Gehirnerscheinungen, und am 29sten erfolgt der Tod.

Sektion (26 Stunden nach dem Tode gemacht). Die unterste Parthie des Dünndarms, deren Schleimhaut an einzelnen Stellen roth und stark injizirt ist, ist mit einer grossen Anzahl Geschwüre bedeckt, deren Durchmesser und Ausdehnung von 2 — 3 Millimeter bis zu einem Centimeter und darüber variirt. Dieselben, 10 bis 12 an der Zahl, sitzen in den Peyer'schen Drüsen. Im Grunde einiger bemerkt man eine gelbe Substanz, die nichts Anderes als inkrustirte Fäkal-

massen zu sein scheint. Die Schleimhaut des Dickdarms ist roth, etwas angeschwollen, injizirt. Doch gehen die Geschwüre nicht über die *Valvula ileocoecalis* hinaus.

Die Mesenterialdrüsen sind etwas angeschwollen, vergrössert. Einige beginnen in Erweichung überzugehen, aber noch ohne Spur von Eiterung. Beide Lungen an ihrer Basis mit Blut überfüllt. Die Gehirnhäute stark injizirt. Die Arachnoidea zeigt in ihren Maschen einige zerstreute Punkte von gelbem phlegmonösen Eiter. Das Gehirn selbst gesund, nur ein wenig beim Durchschnitt punktirt.

Jadelot bemerkte über diesen Fall Folgendes:

„Sie werden sich überzeugt haben, m. H., dass wir es hier mit einer von den Affektionen zu thun gehabt, die früher unter dem Namen bösartiges, ataktisches, adynamisches Fieber u. s. w. aufgeführt, in der neuesten Zeit Gastroenteritis, Dothinenteritis und noch ganz kürzlich vielleicht mit Recht typhöses Fieber genannt worden sind. Ich sage, vielleicht mit Recht, denn so wie es zweckmässig ist, wenn es angeht, einer Affektion einen Namen beizulegen, der deutlich und scharf den bestimmten Sitz und die Natur der Veränderungen, die sie charakterisiren, bezeichnet, eben so ist es von grossem Nutzen, ihr einen Namen zu geben, der dem Geiste ein gewisses weites Feld zugesteht, einen vagen unbestimmten Namen, wenn man nicht über die prädisponirenden und Gelegenheitsursachen, noch über den bestimmten Sitz und über die Natur der Veränderungen selbst aufgeklärt ist. Ich will mich hier in keine Erörterungen, die so lange Zeit wiederholt worden sind und immer wieder auftauchen, über die so eben besprochenen Dinge einlassen. Ich will hier nicht untersuchen, ob das typhöse Fieber ein sogenanntes essentielles sei, ohne bestimmten Sitz und konstante Veränderung, ob es eine reine und einfache Gastroenteritis sei oder ein inneres exanthematisches Fieber, in mancher Beziehung der Variola analog, wie ein ausgezeichneter Arzt behauptet hat; ob es endlich in einer primitiven Veränderung des Blutes, auf welche die Ulzerationen im Darmkanal folgen, bestehe, oder ob diese Blutentmischung konsekutiv sei, wie mehrere Schriftsteller behauptet haben, die wahrscheinlich nicht daran gedacht, dass die Blutentmischung schon in den ersten Tagen der Krankheit deutlich und offenbar ist, bevor eine Ulzeration Zeit gehabt hat, sich zu entwickeln. Diese Absicht habe ich nicht, und dies ist auch nicht der Zweck dieses Vortrages."

„Ich will hier nur die Frage aufwerfen, wie es möglich ist, dass einige Aerzte sich widersetzen, das typhöse Fieber bei Kindern anzu-

nehmen, trotz dem, dass die Symptome so deutlich ausgesprochen und in jeder Hinsicht denen des typhösen Fiebers bei Erwachsenen gleichen."

„Und wenn auch die Symptome nicht genügend wären, wie kann man die Krankheit leugnen, wenn in ähnlichen Fällen, wie dieser hier, die Sektion dieselbe deutlich nachgewiesen hat? Sollte man nicht glauben, dass die Aerzte, welche der Leitung grosser Hospitäler vorstehen und in ihren Sälen nur Erwachsene sehen, der Kinderkrankheiten ganz vergessen, die sie selten zu beobachten Gelegenheit haben, und das Auftreten dieser oder jener Affektion aus diesem Grunde allein in Zweifel ziehen?"

„Man hat gesagt, vielleicht mit Recht, wiewohl wir Grund haben zu glauben, dass man auch über diesen Gegenstand zu ausschliessend verfahren ist, dass die Organe, die der Hauptsitz der Krankheit sind, bei Greisen nicht mehr vorhanden seien, daher nothwendig daraus das Nichtvorkommen dieser Krankheit in einem vorgerücktern Alter folge. Im hohen Alter ist in der That das typhöse Fieber, ohne dass Beispiele mangeln, selten, und es ist zu bedauern, dass die Beobachtungen, welche die Wissenschaft darüber besitzt, weder sehr zahlreich, noch sehr ausführlich sind. Aber bei Kindern kann derselbe Grund nicht angeführt werden. Dass die Peyer'schen Drüsen nicht so entwickelt sind, wie bei Erwachsenen, ist nicht schwer einzusehen. Alle Organe sind noch im Wachsthum begriffen. Sie haben noch nicht ihre Grenze der Entwickelung und ihre vollkommene Ausbildung erlangt; man findet aber auch bei Kindern, die dem typhösen Fieber unterliegen, eben so ausgedehnte, eben so tiefe Veränderungen, wie bei Erwachsenen. Nicht selten trifft man z. B. bei Erwachsenen gegen dreissig, vierzig, und selbst mehr ulzerirte Drüsen an, in welchen Fällen der Dünndarm mit Geschwüren wie besäet ist, gleich der Haut eines an *Variolae confluentes* Leidenden mit den variolösen Pusteln. Von diesen Geschwüren sind einige bis zu zwei, drei Centimeter lang und oft noch länger, während sie einen oder zwei Centimeter breit sind. Bei Kindern sind die Geschwüre selten so zahlreich; gewöhnlich findet man nicht mehr als zehn oder zwölf, und diese Zahl gehört noch zu den Seltenheiten. Bei Kindern sind die Geschwüre ebenfalls gewöhnlich rund, klein, von der Breite einer Linse bis zu der eines 25 Centimeter Stücks, selten darüber. Diese Dimensionen weichen, wie Sie sehen, weit von denen, die die Geschwüre bei Erwachsenen erreichen, ab; was von der nicht so vollkommenen Entwickelung aller Organe und

der Schleimfollikeln des Darmkanals insbesondere im kindlichen Alter herrührt. Gesteht man aber einmal das Vorhandensein dieser Drüsen zu, so wird man auch gezwungen, die Möglichkeit ihrer Entzündung anzunehmen."

„Dies ist aber nicht der einzige Unterschied, der zwischen dem typhösen Leiden bei Kindern und bei Erwachsenen in Hinsicht der anatomischen Veränderungen stattfindet. Häufig nämlich finden Sie bei Erwachsenen, die an einem von Anfang an sehr heftigen und von Durchfall begleiteten typhösen Fieber gestorben sind, mehr oder weniger zahlreiche, mehr oder weniger tiefe Geschwüre im oberen Theile des Dickdarms, ganz nahe an der Bauhin'schen Klappe. Obgleich diese Fälle nicht sehr häufig sind, so bilden die Beispiele von Geschwüren im Dickdarm doch nicht solche Ausnahmen, dass nicht jeder Arzt einige davon beobachtet hätte; ich für meinen Theil habe sie mehr als einmal in den Hospitälern von Paris seit acht oder neun Jahren angetroffen."

„Bei Kindern sind diese Geschwüre im Dickdarm so selten, dass man die Fälle, wo sie gefunden werden, als Ausnahmen betrachten kann. Rilliet und Barthez wollen sie nur unter 29 Sektionen einmal angetroffen haben. Sie führen gleichfalls als merkwürdig durch sein seltenes Vorkommen einen in dem *Bulletin de la Société anatomique* mitgetheilten Fall an, wo der grösste Theil der Geschwüre sich im Dickdarm befand. Diese Erscheinung ist der Beachtung werth und verdient als eine Verschiedenheit zwischen den anatomischen Charakteren, die man bei Erwachsenen vorfindet, und denen, die im kindlichen Alter sich zeigen, aufgeführt zu werden."

„Dies in Bezug auf die örtlichen Veränderungen. Es giebt aber noch andere wichtige Punkte, deren man sich bedienen kann, um noch genauer diese Aehnlichkeit festzustellen, z. B. die Beschaffenheit des Blutes."

„Wenn das typhöse Fieber unter der entzündlichen Form auftritt, so ist man oft bei Erwachsenen genöthigt, nicht so oft, indess doch noch häufig genug, bei Kindern, eine oder mehrere allgemeine Blutentleerungen zu machen. Wenn Sie dieselben aber bei Kindern vornehmen, so bemerken Sie, wie bei Erwachsenen, eine auffallende Veränderung des Bluts in seinen physikalischen Eigenschaften. So ist das Serum trübe, oft durch den Farbstoff des Blutes geröthet. Der Blutkuchen ist mit einer rothen Kruste bedeckt, die keine Festigkeit hat und zerfliesst, wenn man sie in die Höhe heben will, oder zeigt eine

sehr oft unvollkommene, dünne, grünliche, eben so zerfliessende Speckhaut, unter welcher der untere Theil des Blutkuchens schwarz, weich, dem Johannisbeer-Gallerte ähnlich ist. Aehnliche Untersuchungen, wie die, welche mit dem Blute Erwachsener angestellt wurden, sind, so viel ich weiss, nicht mit dem von Kindern wiederholt worden; aber allen Analogieen zufolge kann man vermuthen, dass man bei der Analyse zu denselben Resultaten gelangen wird."

„Eine Veränderung, die nicht den ersten Rang einnimmt, aber so eng verbunden ist mit den Zerstörungen der Schleimhaut, dass sie kaum davon getrennt werden kann, ist diejenige, welche die Mesenterialdrüsen erleiden. Zuerst angeschwollen, wie bei Erwachsenen, bilden sie durch ihre Zusammenhäufung mehr oder weniger bedeutende Massen, und nehmen, je weiter die Krankheit fortschreitet, an Umfang zu, gehen dann in Erweichung über, und bisweilen zuletzt selbst in wahre Eiterung. Gewöhnlich findet man, wenn man sie aufschneidet, das Innere roth, weich, mit dem Finger zerdrückbar, eben so wie es beim Erwachsenen sich zeigt, und wie Petit und Serres es ausführlich in ihrer Abhandlung über das enteromesenterische Fieber beschrieben und mitgetheilt haben."

„Alle Punkte, auf welche ich Ihre Aufmerksamkeit gelenkt habe, sind von grosser Wichtigkeit, und scheinen übrigens hinreichend, um die vollkommene Analogie zwischen dem typhösen Fieber der Erwachsenen und der Kinder zu beweisen."

B. *Hôpital-Necker* in Paris (Klinik von Trousseau)

1. Kauterisation der Haut durch Sublimat. Resorption. Merkurielle Salivation. Tod.

„Meine Herren! Ich muss Ihnen etwas ausführlich die Krankengeschichte eines Kindes von zwei Jahren mittheilen, welches das Opfer eines höchst bedauernswerthen Versehens geworden ist."

„Dieses Kind hatte in der Tiefe der Fettrunzeln, die die Haut der Schenkel bildet, kleine Exkoriationen der Kutis, die man mit dem Namen Schrunden bezeichnet. Die Mutter war gewohnt, diese Theile sorgfältig zu waschen und mit Lykopodium-Pulver zu bestreuen. Eines Tages vergriff sie sich und nahm anstatt des Gefässes mit Lykopodium-Pulver ein anderes mit einem fast ähnlichen, wie jenes gelbliche, aber hart anzufühlenden Pulver; es war nicht gereinigter Sublimat,

wie sich aus der Analyse ergeben hat. Sie bediente sich desselben auf gleiche Weise, wie des Lykopodiums, und bestreute die Haut, die die Falte der rechten Weiche bildet, die innere Fläche des Skrotums und den oberen Theil des Schenkels dieser Seite."

„Gleich darauf wurde das Kind sehr unruhig und schrie heftig. In zwanzig Minuten hatte sich ein brauner Schorf, von 4 Centimeter im Durchmesser, in der Weichengegend, am inneren und oberen Theil des Schenkels und an der entsprechenden Parthie des Hodensacks gebildet. Ein rother Rand und eine gleichmässige, halb durchscheinende Anschwellung, von 2 Centimeter Breite, ähnlich einem Kreis von Urtikaria, trennten ihn von den nicht ergriffenen Stellen. Die Hoden schwollen sogleich bedeutend an und wurden halb durchsichsichtig; sie waren von livider Röthe, mit bedeutender Spannung der Haut."

„Ich verordnete sogleich ein Bad, worin das Kind eine Stunde bleiben sollte, um die ersten Leiden desselben zu mildern, und die Auflösung derjenigen Theile des Sublimats, die noch keine Verbindung eingegangen waren, zu befördern. Dasselbe wurde dreimal in Zwischenräumen von 12 Stunden wiederholt. Ich bewog die Eltern, das Kind zu mir ins Hospital zu schicken, und 36 Stunden nach dem Vorfall wurde es hier aufgenommen."

„Der Schorf war schwarz und in der Mitte trocken, ein wenig feuchter gegen den Rand hin. Hier zeigte er sich von mehreren mit purulenter Flüssigkeit angefüllten Phlyktänen bedeckt. Ein röthlicher Kreis, von dem Abstossungsprozess abhängig, war vollkommen abgegrenzt. Der der Urtikaria ähnliche Hof war verschwunden. Die Hoden behielten ihre aussergewöhnliche Färbung, Umfang und Spannung bei."

„Das Kind blieb vollkommen munter, ohne fieberhafte Reaktion oder gastrische Störungen. Eine geringe Aufregung hatte sich in der ersten auf das Ereigniss folgenden Nacht gezeigt."

„Nach drei Tagen fing der Schorf an, sich am Skrotum loszulösen, dennoch konnte man erst am sechsten Tage Eiter auf den Verbandstücken bemerken. Das Skrotum, ganz und gar geschwollen, behielt eine ziemlich lebhafte Röthe bei."

„Ich liess über diesen Schorf Kompressen in emollirende Flüssigkeiten getaucht überlegen, dann mit einem *Decoct. Chin.* befeuchtete Kompressen, und zuletzt emollirende Kataplasmata."

„Als das Kind starb, hatte sich nur erst das untere Drittheil des mortifizirten Theils losgelöst."

„Am Abend des zweiten Tages der Krankheit wurde das Zahnfleisch schmerzhaft, so weit man aus den Zeichen des Kindes schliessen konnte. Es war bedeutend angeschwollen, roth und mit einem kleinen weissen, sehr dünnen Häutchen bedeckt. Die Zunge, von einem schleimigen dicken Belag überzogen, zeigte auf jeder Seite am Rande einen kleinen weissen, den obigen ähnlichen Fleck. Der Athem war fötide, und die Submaxillardrüsen schmerzhaft."

„Die ganze Mundschleimhaut nahm schnell an dieser Affektion Theil, und am sechsten Tage war sie allgemein ergriffen. Die Anschwellung hatte sich vom Zahnfleisch auf die Schleimhaut des Gaumengewölbes und auf die der inneren Fläche der Backe fortgesetzt. Graue Schorfe hatten sich gebildet, einer auf der Unterlippe, der sich auf den entsprechenden Theil des Zahnfleisches ausbreitete, die anderen auf jeder Seite des oberen Alveolarrandes, in der Gegend der Backenzähne; sie dehnten sich auf die innere Fläche der Wange aus, die an dieser Stelle eine bedeutende Verhärtung des Zellgewebes mit Röthe der Haut und drohendem Brande wahrnehmen liess. Andere Schorfe waren auch an den Seitenrändern der Zunge, nahe an der unteren Fläche, vorhanden. Jeder Schorf wurde durch eine weissliche, breiähnliche Haut gebildet, unter welcher die Muskelsubstanz fungös war und blutete."

„Zuletzt stellte sich Brand des Zahnfleisches, Entblössung des Randes des Oberkiefers ein, und mehrere von den unteren Schneidezähnen fielen aus. Der Athem war höchst fötide. Die Salivation nicht sehr beträchtlich, und bei diesem Kinde schwer zu ermitteln, da es fortwährend den Speichel herunterschluckte. Die Schleimhaut wurde zuerst mit pulverisirtem Alaun, dann mit schwacher Salzsäure kauterisirt, und zuletzt die Schorfe mit *Acid. nitricum* gepinselt."

„Keines dieser Mittel schien den Verlauf des Uebels zu verändern oder zu hemmen."

„Mehrere Male stellten sich aus den ulzerirten Flächen unter den Schorfen der Mundschleimhaut bedeutende Hämorrhagieen ein. Ein Theil des Bluts wurde heruntergeschluckt, der andere mit einigen Fetzen der brandigen Schleimhaut ausgeworfen."

„Am 13ten Tage erschienen auf dem Gesicht und auf der Nase eine grosse Menge mit Eiter gefüllter und von einem rothen Rand umgebener Pusteln."

„Am 15ten Tage erfolgte der Tod."

„Während der ganzen Dauer der Krankheit hatten keine gastri-

schen Störungen, weder Diarrhoe, noch Erbrechen stattgefunden. Am Tage nach der ersten Hämorrhagie aus der Mundhöhle stellte sich Erbrechen von schwarzen, aus verschlucktem und verändertem Blute bestehenden Massen ein. Am Tage darauf erfolgte ein schwarzer Stuhlgang, der sich auf gleiche Weise erklären lässt."

„Das Fieber, welches während der ersten Tage fehlte, begann gegen Ende der ersten Woche und hörte erst mit dem Leben auf."

„Das Kind behielt bis zum Abend vor dem Tode seine gewöhnliche Heiterkeit bei, dann erst sanken die Kräfte. Das Gesicht veränderte sich fast plötzlich, wurde erdfahl, grau; die Muskeln verloren ihren Tonus. Zuletzt trat etwas Husten und eine bedeutende Frequenz der Athemzüge mit leichter Dyspnoe und Rasseln in der Luftröhre hinzu."

„Bei der Sektion fanden sich der Alveolarrand und das Gaumengewölbe entblösst. Die Schleimhaut, enorm angeschwollen, hatte eine grünliche Färbung angenommen. Unter den Schorfen der Backen und Lippen waren die Muskeln ungleich, fungös, mit rothen Punkten besäet, aus denen noch ein wenig Blut ausschwitzte."

„Die Parotis war nicht angeschwollen. Die Submaxillardrüse, ziemlich voluminös und weich, war sehr blass."

„Der Magen enthielt eine nicht unbedeutende Menge von in schwärzlichen Brei umgeändertem Blute. Die blassen Häute zeigten keine Veränderung. Die Schleimhaut war vollkommen normal. Im Darmkanal dieselben schwarzen Massen; kein anderer krankhafter Zustand."

„Der Schorf des Schenkels, von schwärzlich grüner Farbe, weich, stinkend, hing noch an den tieferen Theilen fest. Er war im Umkreise etwas losgelöst, ging einen Centimeter weit in die Tiefe, nahm das ganze für ein Kind sehr bedeutende Fettzellgewebe ein, und dehnte sich bis zu den Muskeln und der *Spina pubis*, die blossgelegt aber vollkommen verschont war, aus."

„Wenn wir, m. H., auf diesen Fall zurückblicken, so gewinnt er ein besonderes Interesse wegen des Alters des Kindes, der Art der Resorption des Quecksilbers, und wegen der auf dieselbe folgenden Erscheinungen. An diese Umstände lassen sich Bemerkungen für die Pathologie im Allgemeinen und besonders für die der ersten Kindheit anknüpfen. — Sie wissen Alle, wie selten man bei Kindern nach der Anwendung des Merkurs Anschwellung des Zahnfleisches und der Speicheldrüsen und die anderen Zufälle der Hydrargyrosis beobachtet. Sie

wissen auch, dass die ganz jungen Kinder der physiologischen Wirkung des Merkurs weniger ausgesetzt sind, als ältere; mit einem Wort, dass im Alter der Individuen eine Art von Opportunität für die Entstehung der merkuriellen Erscheinungen liegt."

„Diese Grundsätze, die alle die, welche sich mit Kinderkrankheiten beschäftigt haben, kennen, und die Niemand sich einfallen lassen wird zu leugnen, sind indess ungenau, sobald man sie auf eine zu absolute Weise hinstellt."

„So sind die Symptome der Hydrargyrosis bei Kindern selten, aber ihre Entstehung ist möglich. Ich theile Ihnen hier den Beweis davon mit, und will Ihnen noch einen anderen Fall anführen, den ich jetzt noch unter Augen habe."

„Es ist ein an chronischer Laryngitis leidendes Kind, dem ich den Gebrauch von Rotulae, aus Kalomel bestehend, und Morgens und Abends Einreibungen in die Achselhöhlen von *Ung. neapolitan.* verordnete. Vierzehn Tage darauf war die Anschwellung des Zahnfleisches ziemlich bedeutend, so dass diese Methode ausgesetzt werden musste. Diese Zufälle, die keine Folgen weiter hatten, verschwanden in wenigen Tagen."

„Es ist indess sicher, dass Kindern sowohl wie Erwachsenen die Anwendung der Merkurialien höchst verderblich werden kann. Dies beobachteten Sie hier bei diesem Kinde, dessen Haut durch den Sublimat tief kauterisirt worden, aber auch bei einem jungen Kinde, dem dieses Mittel mit der gehörigen Klugheit und Vorsicht verordnet wurde; ferner fand dies, wie Sie gesehen haben, bei einem Säugling statt, dessen Mutter einer merkuriellen Behandlung unterworfen war."

„Es bliebe noch übrig, die relative Empfänglichkeit der Kinder und Erwachsenen zu bestimmen. Dies seltene Vorkommen der merkuriellen Intoxikation bei den ersteren, dies häufige im letzteren Falle, sind, glaube ich, zur Entscheidung der Frage hinreichend. Man kann, nach dieser Thatsache allein, behaupten, dass der Erwachsene sich in günstigeren Verhältnissen für die Entstehung der eben besprochenen Zufälle befindet."

„Gleich beim Auftreten der ersten Symptome des Merkurialismus fand nicht der geringste Zweifel über ihren Ursprung statt, sie waren die Folge der Resorption des Sublimats. Ein Schorf hatte sich gebildet. Man hätte meinen sollen, dass die durch die Kauterisation geschlossenen resorbirenden Gefässe der Ueberführung des Quecksilbers

in den Organismus ein Hinderniss entgegenstellen würden. Diese Voraussetzung wurde vereitelt. Der sehr tiefe, durch die innige Verbindung der Gewebe mit dem Sublimat gebildete Schorf war eine unerschöpfliche Quelle, aus welcher die benachbarten Gefässe unablässig Nahrung erhielten. Diesem Umstande muss man die fürchterlichen Zerstörungen des Mundes, die nichts in Schranken halten konnte, zuschreiben. Diese Erscheinung der Resorption, durch einen Schorf hindurch, ist nicht ohne Beispiel. Ehemals bedienten sich die Wundärzte der Arsenik-Pasten als eines nützlichen Aetzmittels; sie waren gezwungen, denselben wegen der Vergiftungszufälle, die sich in mehreren Fällen einstellten, zu entsagen. Die Resorption geht nicht allein in Wunden und auf den Schleimhäuten, sondern auch auf der gesunden von ihrer Epidermis bedeckten Haut von Statten."

„Bei dem Kinde stellten sich nach und nach erst die Stomatitis mit Bildung brandiger Schorfe auf dem Zahnfleisch und den Backen, dann die Pusteln auf der Haut, dann die Zersetzung des Bluts und die Neigung zu Blutungen ein. Zuletzt verfiel es in Marasmus und unterlag."

„Die Resorption erfolgte sehr schnell. Die Zufälle erschienen zwei Tage nach der Applikation des Sublimats auf die Haut; die entzündliche Anschwellung steigerte sich rasch und ging in Brand über. Zu gleicher Zeit sah man auf der Haut der Stirn und Nase eine ziemlich bedeutende Menge röthlicher, kupferfarbener Flecke entstehen, die sich in 24 Stunden in konische Pusteln umänderten, deren Zentrum von grauer Farbe mit gutartigem Eiter erfüllt war. Der merkuriellen Intoxikation müssen Sie auch die Neigung zu Hämorrhagieen, wie sie bei diesem Kinde stattfanden, zuschreiben, indem das Blut sehr dünnflüssig und zersetzt ist."

---

2. Zwei tödtlich endende Fälle von Chorea. — Leichenschau.

„Die Chorea ist in ihrer heftigsten Form fast immer tödtlich, und in jedem Jahre sieht man in den Hospitälern von Paris junge Mädchen daran sterben, wo die Krankheit plötzlich oder ohne bekannte Ursache mit den fürchterlichsten Symptomen auftritt. Die beiden Fälle, die ich mittheilen will, liefern einen traurigen Beweis davon; einer ist in dem unter Leitung des Dr. Blache stehenden Hospital Cochin vom

Dr. Tardieu beobachtet worden, der andere von mir im Hospital Necker."

Am Abend des 21. Januar 1840 brachte man Louise L., 15½ Jahr alt, Handarbeiterin, ins Hospital Cochin; das schon wohl entwikkelte Mädchen ist klein, ziemlich stark, hübsch gebaut. Sie hatte nie an bedeutenden Krankheiten gelitten, besonders nie an Kopfschmerzen, entzündlichen Affektionen des Gehirns.

Seit einem Jahre menstruirt, sind die Regeln nur zweimal wiedergekehrt, das letzte Mal am 12. Januar, doch nur sehr sparsam. Früher immer lebhaft und heiter, bemerkte man seit einer Woche einige Veränderungen in ihrer Stimmung, und zuletzt eine grosse Ungleichheit in ihrer Arbeit.

Am Morgen des 18ten war ihr der Kopf eingenommen, und es stellte sich Erbrechen ein, woran sie schon bisweilen gelitten hatte. Bald darauf war sie nicht im Stande, ihre Bewegungen zu beherrschen, und da die Krankheit von ihrer Umgebung richtig erkannt wurde und die fortwährenden Bewegungen für andere Kinder leicht Gegenstand der Furcht und der Verhöhnung werden, so brachten sie sie am 21sten ins Hospital.

Die Symptome der Krankheit waren schon deutlich ausgesprochen und boten folgendes Bild dar:

Fortwährende Bewegungen aller vier Extremitäten, der Zunge und der Gesichtsmuskeln. Die Augenlider senken und heben sich, die Augen drehen sich immerwährend in der Augenhöhle hin und her. Der Mund ist ebenfalls in unaufhörlicher Bewegung und sie beisst sich abwechselnd bald auf die eine, bald auf die andere Seite in die Lippen. Sie antwortet nur langsam. Appetit gut. Sensorium nicht ergriffen. Die Wirbelsäule vollkommen schmerzlos.

Auf beiden Seiten geschehen die Bewegungen mit gleicher Schnelligkeit und Unregelmässigkeit. Die sich in Supination befindenden Arme gehen plötzlich in Pronation über, die Hände und Finger werden gebeugt, bewegen sich schnell, wie beim Klavierspiel.

Es werden 10 Blutegel an den After und ein eröffnendes Klystier verordnet. In der Nacht dauerten die Bewegungen fort und waren so stark, dass das Bett erschüttert wurde. Es war schwer zu ermitteln, ob die Kranke geschlafen hat, wiewohl sie es behauptete. Am Tage fühlte sie eine grosse Ermüdung, besonders in den Gesichtsmuskeln.

Sie erhält Schwefelbäder von 27° R., in denen sie eine Stunde bleibt. Auf diese folgt einige Zeit hindurch Ruhe, dann treten die

konvulsivischen Bewegungen noch bei weitem heftiger wieder ein, und gleichsam in Paroxysmen.

Am 26sten erhält die Kranke ein Klystier aus *Inf. Valerianae* ℥iv, *Vitell. ovi* j, *Asa foetid.* ʒj, und der ganze Körper wird wiederholt mit kaltem Wasser gewaschen.

Abends, mitten in den heftigsten Bewegungen, wird eine mit Kampher und Moschus verbundene Mixtur gereicht, die aber eine Steigerung der Symptome nicht verhütet.

Am 27sten schlief die Kranke eine Stunde hindurch, während welcher die Bewegungen aufhörten, doch lag sie in einer Art Delirium, sprach fortwährend mit den anderen Kranken; darauf stellte sich wieder die heftigste Aufregung ein. Sie verlangt zu essen, und jedes Mal, wenn sie einige Löffel genommen hat, tritt einige Augenblicke lang Ruhe ein. Zu trinken ist sie nicht im Stande, und ist es ihr gelungen, nach tausend Umwegen das Glas an den Mund zu bringen, so fällt die Flüssigkeit in die Speiseröhre, ohne dass eine Deglutitions-Bewegung sich einstellt.

Am nächsten Morgen bot das arme Kind einen wahrhaft schrecklichen Anblick dar. Der ganze Körper ist in unaufhörlicher Bewegung, gequetscht und exkoriirt. Klagelaute stösst sie aus, obgleich sie versichert, gar keine Schmerzen zu empfinden, und nur über eine ungemeine Mattigkeit klagt; sie meint, sie ersticke, und trinkt gierig.



Eine Stunde bleibt sie in einem Bade von 24° R., in dem dreimal eine kalte Uebergiessung gemacht wird. Jedes Mal beobachtet man eine sehr kurze und nicht anhaltende Remission. Nach Anlegung der Zwangsjacke wird sie ins Bett zurückgebracht, aber ohne Erleichterung. Fünf Stunden später wird sie ohne ihr Wissen plötzlich in ein kaltes Bad getaucht, sogleich wieder herausgehoben und von Neuem hineingesenkt, und das sechsmal wiederholt, ohne anhaltende Besserung; eine Stunde später wurden 20 Blutegel an die innere Seite der Schenkel applizirt, sobald diese zu saugen begonnen haben, tritt Ruhe ein, und in der Nacht findet etwas Schlaf statt.

Am 28sten zeigt sich eine merkliche Besserung. Abends eine Uebergiessung von drei Eimern kalten Wassers, worauf einige Ruhe sich einstellt. Die Besserung dauert am 29sten fort, wo die kalte Uebergiessung wiederholt wird. Die Kranke ist ruhiger, nur durch eine heftige Angina belästigt.

Das obige Verfahren wird am 30sten wiederholt.

Innerlich eine Mixtur mit einer *Emuls. camphorata* von ℥vj und *Tart. stibiat.* gr. iv., stündlich einen Esslöffel zu nehmen, verordnet. Die Ruhe dauert fort; die Kranke befindet sich am Abend sehr gut.

Am 31sten finden noch einige unregelmässige Bewegungen statt und bedeutende Halsschmerzen, verbunden mit Heiserkeit und Steifigkeit des Halses.

Am 1. Februar tritt etwas Fieber ein, Puls von 100 Schlägen.

Am 3ten nehmen die Bewegungen wieder zu, und während eines einfachen Bades sind dieselben so heftig, dass man die Kranke kaum halten kann. Die Nacht ist sehr unruhig, und geringes Delirium findet statt; 16 Blutegel werden an die Schenkel gelegt.

Dieselben entleerten eine sehr reichliche Menge Blut, ohne eine merkliche Veränderung; die Kranke stösst während der Nacht lautes Geschrei aus. — Mixtur mit *Tart. stibiat.* gr. iij, worauf zweimal reichliches Erbrechen und kopiöse Stuhlentleerungen folgen.

Am 8ten zeigen sich die Bewegungen besonders im Gesicht und in den Augen. — Mixtur mit *Tart. stibiat.* gr. iv, keine Stuhlentleerungen, zweimal Erbrechen.

Am 10ten steigerten sich die Symptome plötzlich auf eine höchst ungünstige Weise. Während der Nacht war die Aufregung sehr bedeutend gewesen. Am Morgen stösst sie Geschrei und Seufzer aus, welche für Ausdruck von Schmerzen, die aber keinesweges vorhanden sind, gehalten werden könnten. — Sie erhält 4 Pillen von *Extr. Belladonn.*, jede zu gr. $\frac{1}{8}$. — Während des Tages Zähneknirschen, Gebrüll, ein wahres Wüthen. Abends eine Mixtur mit $1\frac{1}{2}$ gr. Moschus.

Am 11ten Morgens einige Ruhe, trotz sehr heftiger Kontraktionen des Gesichts. Bald nimmt die Aufregung zu, die Züge sind konvulsivisch verzerrt, das Geschrei fürchterlich. Dieser Zustand von Wuth dauert die ganze Nacht hindurch an. Die Intelligenz ist nicht gestört.

Am 12ten vollständige Kraftlosigkeit. Das Gesicht ist bleifarben, entstellt, die Augen starr. Einige undeutliche Bewegungen im Gesicht und in den Händen beobachtet man. Sehr starkes Rasseln in der Luftröhre, die Lungen sind beträchtlich mit Blut überfüllt, man hört ein subkrepitirendes Rasseln. Ziemlich lebhafter, aber noch nicht deprimirter Puls, Haut noch heiss, Sensorium frei, die Antworten gut, die Zunge ziemlich feucht, das Schlucken geht leicht von Statten, sehr lebhafter Durst. — Grosses Vesikatorium auf die Brust. Sinapismen auf die unteren Extremitäten. Mixtur mit gr. ij Kermes.

Die durch diese Mittel hervorgebrachte lebhafte Aufregung erweckt das bereits erlöschende Leben wieder, ist aber machtlos, und die Kranke stirbt am Mittag.

Sektion. Kopfhöhle. Die Membranen sind sehr injizirt und hängen in ihrer ganzen Ausdehnung fest mit dem Gehirn zusammen, die Venen der *Piamater* sind mit schwarzem Blute überfüllt. An der Insel findet eine sehr deutliche Blutergiessung statt. Beim Aufheben der *Piamater* wird, obgleich sie sehr festsitzt, nichts von der Gehirnsubstanz mit weggenommen. Die Windungen sind etwas plattgedrückt, und man beobachtet eine rothe Färbung der Kortikalsubstanz, die beim Zutritt der Luft noch mehr hervortritt. Das Rückenmark und seine Hüllen, die mit der grössten Sorgfalt untersucht werden, zeigen nicht die geringste Veränderung.

Brusthöhle. Der hintere Theil der linken Lunge und die ganze Basis ist der Sitz einer bedeutenden Kongestion. An einer sehr umschriebenen Stelle findet Pneumonie im ersten Grade statt.

Geschlechtsorgane. Das Hymen ist vorhanden und mit einer ziemlich regelmässig runden Oeffnung von 4 bis 5 Millimeter versehen; die Höhle des *Collum uteri* ist ganz weiss, die hintere Fläche der Höhle des Körpers roth-braun, das Gewebe dieser hinteren Wand hyperämisch und vom infiltrirten Blute geröthet.

Das linke Ovarium zeigt an seiner äusseren Fläche die Spur einer kleinen Ulzeration; im Innern liegen die Graafschen Bläschen in verschiedener Tiefe, eins besonders fest an der Oberfläche.

„Meine eigene Beobachtung ist folgende:

Marie M., 16 Jahre alt, seit dem vierzehnten Jahre menstruirt, fühlt sich seit acht Monaten, wo die Regeln plötzlich in Folge einer Erkältung unterdrückt wurden, unwohl; im Dezember 1842 wurde sie plötzlich, ohne vorhergegangene Ursache, von erschwertem Sprechen und heftiger Bewegung der Kiefer befallen. Fast zu gleicher Art begann die linke Seite von choreaartigen Bewegungen ergriffen zu werden, die besonders in den Fingern und Zehen wahrzunehmen waren; acht Tage später wurde die rechte Seite befallen, wiewohl mit geringerer Heftigkeit. Das Gehör nahm ab, besonders links; es fand Doppeltsehen statt, und das linke Auge wurde merklich schwächer.

Die Sprache ist sehr erschwert, das Sensorium frei. Die linke Seite ist deutlich gelähmt.

Behandlung. Ein Bad, 3 Pillen aus $\frac{1}{6}$ gr. Strychnin [1]).

Den 12ten. Seit drei Tagen hatte die Kranke $\frac{1}{2}$ gr. Strychnin in 3 Pillen genommen, die keine besondere Wirkung hatten, ausser dass sie einige Starrheit in der gelähmten Seite und geringen Durchfall hervorriefen. Am gestrigen Tage nahm sie $\frac{2}{3}$ gr., nach der zweiten Dosis wurde sie von tetanischer Steifigkeit, die eine Stunde dauerte und wodurch sie sehr litt, ergriffen. Am heutigen Morgen haben sich die krankhaften Bewegungen bedeutend vermindert, und in der linken Seite nimmt man kaum einige derselben wahr. Indess sind das Gesicht und der Unterkiefer noch nicht in Ruhe, und die Schwierigkeit im Sprechen dauert fort. — Es werden nur 3 Pillen verordnet.

Die Chorea hat sich am 13ten so gemindert, dass ich, so lange ich am Bette der Kranken stand, keine Bewegungen wahrnehmen konnte. Bemerkenswerth ist, dass seit dem Tage, wo das Strychnin die tetanische Starrheit hervorgerufen hat, die Störung im Sehvermögen und das Doppeltsehen gänzlich verschwunden sind. Die Kranke besorgt alle Geschäfte ohne Störung. Am 18ten wird das Strychnin ausgesetzt.

Dies war in der That ein merkwürdiger Erfolg; in wenigen Tagen wich einer der heftigsten Fälle von Chorea der Anwendung jenes Mittels, das Uebel nahm schnell ab, und wir waren weit entfernt, den traurigen Ausgang, der eintrat, zu ahnen.

Am 23sten fand ich unsere junge Kranke von Neuem von den eigenthümlichen Bewegungen der Chorea hin und her geworfen, die unmittelbar nach einem heftigen Schreck über den Tod einer Frau, die in dem neben dem ihrigen stehenden Bette lag, entstanden waren, dennoch hatte sich die Aufregung während der Nacht bedeutend gelegt. Das Strychnin wurde von Neuem angewandt, und die Chorea verschwand noch leichter und schneller als das erste Mal.

Alles ging bis zum 27sten gut, als die Kranke von auswärts einen sie heftig affizirenden Brief erhielt, worauf sie von einem viel bedeutenderen Anfalle, als alle früheren waren, befallen wurde. In den vier folgenden Tagen nahmen die Bewegungen beträchtlich zu, ohne dass das Strychnin sie diesmal nur etwas mässigen konnte. Ich glaubte hierauf das Mittel aussetzen zu müssen, was ich mir aber noch heute

---

[1]) Trousseau hat mit vielem Erfolge die *Nux vomica* in der Chorea angewandt, und entweder die Krankheit temporär geheilt oder die Symptome bedeutend gemildert, wie sich auch im Verlaufe dieses Falles zeigen wird.

Anmerk. des Referenten.

zum Vorwurf mache. Ich hätte, durch den glücklichen Erfolg, den ich zweimal davon gesehen hatte, ermuthigt, dabei beharren sollen; da mir aber in vielen Fällen das Opium gute Dienste geleistet hatte, so zögerte ich nicht, es der *Nux vomica* vorzuziehen. Ich verschrieb mithin das *Morph. sulphuric.* zu gr. iij in ℥ij *Syr. simpl.* aufgelöst, in kleinen Dosen zu nehmen, bis Ruhe und Schlaf sich einstellen würden.

Am zweiten Tage dieser Behandlung nahm die Aufregung noch mehr zu, es fand keinen Augenblick weder Schlaf noch Ruhe statt; gr. vj Morphium werden verordnet, und da am dritten keine Besserung eintritt, gr. x.

Am vierten Tage steigern sich die Bewegungen. Die Haut des Ellenbogens, der Arme, ist exkoriirt, roth, angeschwollen, und alle anderen Theile, die auf dem Betttuch sich hin und her bewegen, fangen an sich zu röthen. Das Morphium hatte indess einen zweistündigen Schlaf bewirkt, während dessen nicht die geringste Bewegung stattfand. Durch diesen letzteren Erfolg ermuthigt, verordnete ich ℈j vom narkotischen Salze; doch im Laufe des Tages nahmen die Bewegungen auf Schrecken erregende Weise zu: die Arme, ganz gequetscht, blutend, angeschwollen, als wenn sie mit einem *Erysipelas phlegmonodes* behaftet wären, schlagen mit einer fürchterlichen Kraft gegen die Eisenstangen des Bettes. Plötzlich wirft sich der Körper nach hinten hinüber und bildet einen nach vorn konvexen Bogen, dann tritt mit einem Male ein schneller Uebergang in die entgegengesetzte Stellung ein, so dass die Bewegung entsteht, die man im gewöhnlichen Leben Karpfensprung nennt. Der Kopf wird nicht weniger heftig hin und her gewälzt; wollte man der Kranken zu trinken geben, so sürzte sie, da sie ungeheuren Durst hatte, auf das Gefäss zu, aber unfähig, ihre Bewegungen zu beherrschen, stiess sie mit der Stirn, Nase, mit den Augen, und besonders mit den geschwollenen, blutenden Lippen gegen die Gegenstände, die man ihr reichte. Die Zunge war verstümmelt von den Zähnen. Es wurde ein Schwefelbad mit kalter Uebergiessung verordnet, und die Dosis des Morphiums vergrössert. Vier kräftige Leute mussten die Kranke im Bade halten, und es gelang ihnen kaum.

Nach dem Bade trat etwas Schlaf ein, aber die Aufregung ist noch grösser als Tags vorher. Die ganze Haut des Körpers ist abgeschunden, roth. In einem einzigen Tage haben die Reibungen mittelst

der verschiedenen Körpertheile einen Bettüberzug von starker Leinwand gänzlich unbrauchbar gemacht.

Da die Aufregung am nächsten Tage in gleichem Maasse anhielt, und das Leben unter diesen Leiden nicht fortdauern konnte, so ging ich vom Morphium zu den Antispasmodicis über; am Abend folgte eine Ruhe von schlimmer Vorbedeutung, plötzlich die nervöse Exaltation. Die Kranke fing an zu deliriren; sie fühlte sich von einer Last bedrückt, und schrie fortwährend: „„Gott! ich ersticke.""

Ein bedeutendes Rasselgeräusch war über die ganze Brust verbreitet, das Gesicht war blass, die Haut heiss, der Puls gross und mässig frequent. Bald darauf verfiel die Kranke in tiefes Koma, und starb am nächsten Morgen.

Bei der Sektion zeigten sich auf dem ganzen Körper zahlreiche Exkoriationen der Haut, das Zellgewebe war stark mit Blut überfüllt, am linken Knöchel und rechten Ellenbogen fanden sich Schorfe.

Im Gehirn zeigte sich nur eine mässige Kongestion der Gefässe der *Piamater,* mit Anschoppung der Sinus. Keine Flüssigkeit in den Ventrikeln, die Membranen sind gesund, alle Theile des Gehirns, mit der grössten Genauigkeit untersucht, bieten nichts Abnormes dar. Die aufmerksamste Untersuchung des Rückenmarks lässt keine organische Veränderung auffinden.

Eine geringe Blutüberfüllung an dem hinteren Theil der Lungen. Bedeutende Menge von Schaum in den Bronchien."

IV. Das Wissenswertheste aus den neuesten Zeitschriften und Werken.

1. Behandlung der *Tinea capitis* mit *Acid. acetic. concentrat.*

Meine Methode, schreibt Wigan, ist folgende: Wenn die Kopfhaare nicht kurz genug sind und einer genauen Untersuchung der Haut ein Hinderniss darbieten, so lasse ich sie sehr sorgfältig zweimal abscheeren. Der Grund davon ist klar; bei einer grossen Menge Haare kann man nur die Theile behandeln, welche gleich als krank in die Augen fallen, während andere, welche ebenfalls affizirt sind, mehr verborgen bleiben und allmälig zu einer wahrnehmbaren Krankheit vorschreiten, und die Behandlung zieht sich auf diese Weise unendlich in die Länge. Ich lasse jedoch gern einen kleinen Kreis von Haaren rund um den Kopf stehen, wenn sie nicht gerade Spuren von wahrnehmbarer Krankheit an sich tragen, da es ausreichend ist, sie nur mit gewöhnlichem heissen Weinessig zu waschen. Mein Heilmittel ist die konzentrirte Essigsäure (Beaufoy's), auch sogenannte reine Holzsäure, obgleich sie jetzt nicht mehr von Holz gemacht wird. Was die einleitende Kur betrifft, so wende ich zuerst die Säure mit drei Theilen Wassers verdünnt an; ich nenne diese die entdeckende Säure. Bei ihrer Anwendung nämlich wird die Haut an mehreren Stellen, die früher gesund erschienen, ganz roth. Dies ist ein Beweis, dass auch an diesen Stellen Eruption vorhanden ist, die aber noch nicht ihre Stadien durchgemacht hat, was nach meiner Meinung acht Tage dauert. Ein kleines Stückchen Schwamm wird jetzt, an dem Ende eines Stäbchens oder an einer Doppelpinzette befestigt, in konzentrirte Essigsäure getaucht, damit jede Stelle drei oder vier Minuten hindurch benetzt, und die ganze Kur ist beendigt. Gewöhnlich bildet sich jetzt eine Kruste und das Ganze gewinnt zwar ein schlechteres Ansehen, hierdurch braucht man sich aber nicht verleiten zu lassen, noch einmal die Säure anzuwenden; es ist unnöthig, wenn man nur das oben beschriebene einleitende Verfahren pünktlich beobachtet hat. Neues Haar wächst allmälig wieder, die Kruste wird grösser, und sobald sie sich ein wenig gelöst hat, kann man sie mit einer feinen Scheere lostrennen; jedoch darf dies nicht zu voreilig geschehen, damit man nicht eine wunde Stelle mache.

Bei zu lange fortgesetztem Gebrauch der Säure habe ich immer gefunden, dass der Ausschlag sich bedeutend verschlimmerte.

Da es in der jetzigen Zeit so schwierig ist, die Aufmerksamkeit der Aerzte auf einen Kurplan zu leiten, der einzig und allein das Resultat langer Erfahrung, aber nicht von einer plausiblen Theorie begleitet ist, so darf ich nicht hoffen, dass man dieser Behandlung Vertrauen schenken werde. Nur diejenigen werden es glauben, welche es selber in der Anwendung gesehen haben; die meisten werden sich vor gefährlichen Metastasen fürchten; aber meine kleine Patienten warten bis zum heutigen Tage Wochen und Monate lang vergeblich auf Metastase zum Herzen, Hypertrophie desselben, Wasser in der Brust oder im Perikardium, überhaupt auf elendes Beschliessen ihres Lebens. Ich wende diese Methode schon seit zehn Jahren an, aber ich habe noch nicht Ursache, über üble Folge derselben Klage zu führen.

Die Komplikationen der ***Tinea capitis*** mit anderen Krankheiten der Kopfhaut, namentlich mit der gewöhnlichen ***Porrigo impetiginosa***, erfordern fast gar keine Modifikationen der Behandlung, da letzterer Ausschlag von so einfacher Art ist, dass er ganz ohne Behandlung gut wird.

---

2. Neuer Apparat zur Erzeugung von Kälte, namentlich gegen Kopfaffektionen der Kinder.

Dr. Blatin hat einen Apparat, um den Kopf kalt zu erhalten, in akuten und chronischen Affektionen des Gehirns und seiner Hüllen, erfunden, dem er den sonderbaren Namen Rigocephalus gegeben hat. Er besteht aus einer doppelten Mütze, die biegsam ist, den Kopf von allen Seiten umgiebt und sich nach ihm formt. Ein Ring von Metall bildet die Grundlage des Rigocephalus, an diesem sind Blasen befestigt, welche zur Aufnahme des Wassers, von dem der Kopf umgeben ist, bestimmt sind; dieser Ring ist ein Kanal, der am hinteren Theile des Apparats zum Einströmen des Wassers und am vorderen zum Ausfluss desselben eine Oeffnung hat. Die Flüssigkeit wird durch eine Röhre hineingeleitet und durch einer Abzugsröhre wieder entfernt. Man sieht aus der eben angegebenen Anlage der Oeffnungen, dass ein fortwährender Wasserstrom zwischen den Wandungen stattfindet; 400 Litres Wasser können in 24 Stunden erneuert werden.

Die Blasen, die die Wandungen der kühlenden Mütze bilden, sind durch ein besonderes, von Blatin erfundenes Verfahren, durch Gerben undurchdringlich und unzerstörbar gemacht worden.

Der Kopf des Kranken ruht sanft in der Aushöhlung des Apparats, ohne dass derselbe irgend einen Druck ausübt. Mittelst an beiden Seiten angebrachter Ringe kann man den Apparat befestigen, wenn der Kranke widerspenstig oder unruhig ist, oder ihn auch oberhalb des Kopfes aufhängen, wenn der Kranke sitzen will.

---

3. Von der vermehrten Diurese kleiner Kinder, nach Prout.

Bei kleinen Kindern kömmt, wie bei Erwachsenen, sehr oft eine vermehrte Urinabsonderung vor, und ist auch hier Symptom sehr verschiedener Krankheitsformen. In allen Fällen aber weicht der in grosser Menge entleerte Urin mehr oder weniger von seiner normalen Beschaffenheit ab, und enthält, nach Prout, fast immer Albumen. Zuweilen fand P. ein Uebermaass von Harnstoff oder von phosphorsauren Salzen, seltener Zucker.

Der Diabetes kleiner Kinder beginnt gewöhnlich kurze Zeit nach dem Entwöhnen. Dieselben, bis dahin gesund, fangen an schläfrig, missmüthig zu werden und magern täglich immer mehr ab. Die Haut wird rauh und trocken, und ist von einer höheren Temperatur als gewöhnlich. Beim Fortschreiten der Krankheit leidet die Verdauung und die Stuhlentleerungen sind grünlich gefärbt. Der Unterleib ist oft beträchtlich angeschwollen, so dass man eine Krankheit der Mesenterialdrüsen vermuthet. Mit diesen Symptomen zugleich, tritt Vermehrung der Diurese ein, die zuerst unbedeutend, später so kopiös wird, dass man sie, so wie den begleitenden heftigen Durst, nicht übersehen kann. Der Urin ist zuweilen ganz hell, strohfarben, blass oder grünlich, zuweilen opalisirend oder milchig.

Die Krankheit kömmt am häufigsten bei Kindern von dyspeptischen und gichtischen Individuen, besonders in grossen Städten vor, während die unmittelbaren Gelegenheitsursachen bei so prädisponirten Individuen gewöhnlich Mangel an frischer Luft und schlechte Nahrung sind. Die Prognose ist ungünstig, und die Krankheit tödtet im Allgemeinen, wenn sie nicht im Anfang erkannt, oder unzweckmässig behandelt wird.

Die Kur besteht in dem Wechsel des Wohnortes mit einem sol-

chen, wo reinere Luft vorhanden, in einer regelmässigen und nährenden Diät aus animalischen Speisen, so fern es das zarte Alter des Kindes erlaubt; wenigstens müssen Zucker und alle süssen Substanzen vermieden werden. Sodann muss der Zustand des Darmkanals beachtet werden. Kalomel ist zu vermeiden, hingegen ein mildes Alterans, ein ***Hydrargyr. cum Creta*** mit Rhabarber und Magnesia, oder das kohlensaure Natron, Kolombo u. s. w. sehr vortheilhaft. Warme Seebäder mit Friktionen der Haut sind von grossem Nutzen. Die Quantität des Getränks muss genau bestimmt werden. Man füge den obigen Mitteln Tonika, die dem Alter und den Umständen angemessen sind, hinzu. Venables, der zuerst auf diese Krankheit bei Kindern aufmerksam gemacht hat, empfiehlt das phosphorsaure Eisen, und dieses oder das kohlensaure Eisen, mit Magnesia oder Kolombo verbunden, leistet oft sehr viel.

Eine ähnliche vermehrte Diurese kömmt bei Kindern mit einem Uebermaass von Harnstoff im Urin vor. Sie war schon älteren Schriftstellern bekannt, wurde aber anderen Krankheiten zugeschrieben, oder mit ihnen verwechselt, die aus der fruchtbaren Quelle der meisten Kinderkrankheiten, den Unterleibsstörungen, entspringen. Oft wird der Urin zuerst in geringer Menge gelassen, und ist hoch gefärbt; beim Erkalten trübt er sich sogleich und lässt ein blasses, thonfarbiges Sediment zu Boden fallen. Die Sekretion wird aber rasch gesteigert und der Durst sehr heftig, dann wird der Urin, wie in Diabetes gewöhnlich, durchsichtig, blassgelb oder grünlich. Er enthält ein grosses Uebermaass von Harnstoff, und zuweilen Spuren von Eiweiss oder Zucker. Diese Krankheit scheint, wenn sie vernachlässigt oder fehlerhaft behandelt wird, einerseits in Diabetes und andererseits in Mangel an Harnstoff oder organische Krankheiten überzugehen.

Sie kömmt bei Kindern der ärmeren Klasse, schlechter Lebensweise, unzweckmässiger Kleidung, und bei Kindern skrophulöser Eltern aus allen Ständen vor.

Bei der vermehrten Diurese mit Verminderung des Harnstoffs sind die Symptome weit heftiger. Der Durst und die Trockenheit der Haut sind lästiger, die Verdauung ist mehr gestört, die Abmagerung und Schwäche bedeutender, die Quantität des Urins beträchtlicher, und letzterer von schlechterer Beschaffenheit, da er eine grössere oder geringere Menge von Eiweiss enthält. Endet die Krankheit tödtlich, so findet man sowohl die Nieren, als auch andere Organe erkrankt.

---

4. Bericht über eine Epidemie von pseudomembranösen und gangränösen Affektionen, die im Kinderhospitale zu Paris im Jahre 1841 herrschte.

Während des Jahres 1841 wurde im *Hôpital des Enfans malades*, wie Dr. Becquerel berichtet, eine viel bedeutendere Anzahl von pseudomembranösen und gangränösen Affektionen als gewöhnlich beobachtet. Beide Arten der Krankheit zeigten eine grosse Verwandtschaft unter einander, indem eine der anderen folgte oder sich mit ihr komplizirte, oder auch indem sie dieselben allgemeinen Symptome hervorriefen. Die drei hauptsächlichsten krankhaften Formen waren die *Angina gangraenosa* (in 17 Fällen), zu der man noch zwei sehr heftige Fälle von *Angina pseudomembranosa* rechnen kann, die wahrscheinlich den Ausgang in Brand genommen hätten, wenn das Leben länger bestanden hätte; der Krup (in 20 Fällen), und die Brandblasenbildung (in 18 Fällen).

Der *Angina gangraenosa* gingen grösstentheils pseudomembranöse Anginen vorher. Sie kamen in einigen Fällen mit brandigen Vesikatoren zusammen vor, oder mit Brand an anderen Theilen des Körpers, und in diesen verschiedenen Fällen war der Brand des Larynx nur eine Wiederholung des schon an einer anderen Stelle bestehenden. Die Gangrän des Larynx hatte sich bisweilen in die Tiefe ausgedehnt; in einem Falle rief sie eine Zerstörung der Wandungen der *A. pharyngea inferior* hervor, worauf eine tödtliche Blutung erfolgte.

Meistens rief die *Angina gangraenosa* 1) eine Veränderung des Blutes, das sich durch seinen flüssigen Zustand charakterisirte und 2) allgemeine Symptome, die einen deutlich ausgesprochenen adynamischen Zustand anzeigten, hervor.

Die *Apoplexia pulmonum*, und viel seltener Blutungen aus dem Darmkanal, waren die häufigsten Komplikationen dieser Krankheit; Pneumonie gesellte sich selten hinzu.

Die zu ihrer Bekämpfung in Gebrauch gezogenen Mittel waren örtliche Kauterisationen und allgemeine tonisirende Mittel.

Der Krup wurde 20mal beobachtet; häufig folgte er auf eine *Angina pseudomembranosa*, selten trat er nach akuten Exanthemen auf; er war fast immer einfach, oder ein konsekutives Leiden der häutigen Angina. Die Symptome, die ihn verkündeten, waren speziell folgende: Heisere, schwache, belegte Stimme, und eben solcher Husten, bedeutende Dyspnoe, paroxysmenweise auftretend, Fieber, Aus-

stossung von Pseudomembranen u. s. w. Diese Fälle endeten immer tödtlich, mit Ausnahme eines, wo der Kranke übrigens später unterlag. Einige Male endeten nervöse Symptome die Szene; die Pneumonie komplizirte sehr oft den Krup. Brechmittel, Abführmittel, merkurielle Einreibungen wurden ohne Erfolg angewandt; 9mal wurde die Tracheotomie ohne Nutzen ausgeführt.

Brand nach Vesikatoren gesellten sich zu sehr verschiedenen Krankheiten als Komplikationen hinzu, wo man sie in Anwendung gezogen hatte. Die Masern schienen die Kinder dazu zu disponiren. Es gingen fast immer Pseudomembranen vorher; der Schorf hatte sich niemals losgelöst. Die allgemeinen Symptome der brandigen Vesikatore bestanden in einem dem der *Angina gangraenosa* ähnlichen Zustande; wenn dieselbe nicht stattfand, so wurde wenigstens der Charakter der Krankheiten, in denen die Veränderung der Vesikatore eingetreten war, ein adynamischer.

Die lokale Behandlung und die allgemeinen tonisirenden Mittel sind immer erfolglos gewesen.

---

5. Ueber den Vorfall des Mastdarms, von Henry M'Cormac.

Procidentia oder ***Prolapsus ani*** ist eine Krankheit, die sowohl bei Kindern wie bei Erwachsenen häufig vorkommt, am häufigsten freilich bei ersteren. In einigen Fällen sollen kleine Dosen von Strychnin die Heilung bewirkt haben; indessen ist dies immer ein ungewisses, ja selbst gefährliches Mittel, namentlich im kindlichen Lebensalter. Vor einigen Jahren ist eine Art von elfenbeinerner Pelotte, die mittelst einer T-binde befestigt wird, in Gebrauch gekommen, und hat mir auch in einem Falle treffliche Dienste geleistet. Herr Hey heilte einen sehr hartnäckigen Fall, der von Geburt an bestand, und von profusen Hämorrhagieen und andere schlimmen Zufällen begleitet war, durch die Entfernung eines hängenden Hautlappens, welcher, um mich seiner eigenen Worte zu bedienen, „bewirkte, dass der Mastdarm mit dem umgebenden Zellgewebe fester verbunden war". Diese Operation hatte einen unmittelbaren Erfolg, lässt sich aber nicht in den Fällen anwenden, wo ein kreisförmiger Lappen nicht vorhanden ist.

Sabatier und Andere nahmen zur Exzision des vorgefallenen Theils ihre Zuflucht, einer Operation, welche bedeutende Hämorrhagieen zur Folge haben kann. Dies Bedenken führte wahrscheinlich zur Methode von Dupuytren; dieser nämlich lässt den Patienten auf dem Bauche liegen, das Becken wird durch Kissen erhöht, die Schenkel von einander gezogen, so dass der After sichtbar wird; dann werden die vorspringenden Falten, die durch eben so viele Furchen von einander getrennt sind und die Afteröffnung sternförmig umgeben, mittelst einer breitblätterigen Zange einzeln aufgehoben, und mit einer von der rechten Hand gehaltenen gekrümmten Scheere weggeschnitten. Ist die Relaxation sehr beträchtlich, so kann man die Schnitte einen halben Zoll weit in den After verlängern; in den gewöhnlichen Fällen sind aber einige Linien hinreichend. Diese Operation, welche offenbar wenig Schmerz macht und keine starke Blutung befürchten lässt, heilt die exzessive Nachgiebigkeit des Afters und substituirt ein neues, festes Gewebe an der Stelle eines alten, lockern und nachgiebigen. In der Regel gehen die Kranken innerhalb der ersten Tage nicht zu Stuhle, und die Operation war nach der Angabe in allen Fällen erfolgreich, ausser in denen, wo sie, der Unruhe der Kinder halber, nicht gehörig vollführt werden konnte.

Da ich die Gelegenheit hatte, eine grosse Anzahl von Mastdarmvorfällen bei Kindern zu beobachten, so hegte ich den Wunsch, die Behandlung dieser Krankheit auf irgend eine Art zu verbessern. Strychnin leistete mir nichts; kalte Bäder, und das Vertrösten auf spätere Jahre waren theils nicht anwendbar, theils sehr ungewiss. Ich hatte ein Kind zu behandeln, welches von seinem ersten Jahre an (denn selten erscheint die Krankheit vor dem Entwöhnen) bis zum 6ten Jahre an Mastdarmvorfall litt. Das Uebel war nie vollkommen verschwunden; bei jedem Stuhlgange prolabirte der Mastdarm, zuweilen in der Länge eines Zolls oder noch mehr, konnte aber immer zurückgebracht werden, freilich mit einiger Schwierigkeit und grösserem oder geringerem Schmerz. Das Kind hatte ein schlaffes, welkes Aussehen, die Funktionen des Darmkanals waren etwas gestört, und der allgemeine Gesundheitszustand sichtbar beeinträchtigt.

Ich hatte bereits alle erdenklichen Mittel versucht, unter anderen auch Seebäder und kalte Aufspritzungen, indess wollte ich doch nicht gern zur Dupuytrenschen Operation schreiten, die doch immer mehr oder weniger schmerzhaft ist, abgesehen von dem Schrecken und der Besorgniss, die jede Operation einflösst. Ich hatte die Hoffnung gehegt,

dass die Relaxation mit den Jahren verschwinden würde, indess war jetzt nicht mehr Aussicht dazu vorhanden, als mehrere Jahre früher.

Indem ich über diesen Gegenstand nachdachte, fiel es mir ein, dass dasselbe Resultat in einem gewissen Grade durch eine sorgfältige manuelle Aktion erreicht werden könnte, wenigstens während das Kind zu Stuhle ging. Ich theilte sogleich meine Ansicht der verständigen Mutter des Kindes mit, welche auf dieselbe einging, und mir versprach, wenn es möglich wäre, sie ins Werk zu setzen. Als demnach das Kind wieder zu Stuhle ging, wurde die die Afteröffnung umgebende äussere Haut mittelst der um dieselbe ausgestreckten Finger nach der Seite gezogen. Die kleine Patientin zeigte einigen Widerstand gegen dies Verfahren, und klagte, dass sie die Exkremente nicht ausleeren könnte. Sie wurde indess ermuthigt; es erfolgte eine Ausleerung, und von diesem Tage an (schon länger als ein Monat) ist bei diesem Verfahren der Mastdarm nicht wieder prolabirt. Die Darmentleerungen, die zuvor 2—4mal täglich erfolgt waren, haben an Zahl abgenommen und eine festere Konsistenz, so wie eine natürliche Farbe bekommen, während sich die Gesundheit des Kindes, seine geistigen und körperlichen Fähigkeiten wesentlich gebessert haben. Es ist jetzt keine Furcht mehr vorhanden, dass die Krankheit wiederkehre; das kleine Mädchen bedarf eines verhältnissmässig geringen Beistandes, ihre Mutter braucht nur jenes Verfahren anzuwenden, und binnen kurzer Zeit wird, wie ich hoffe, diese Hülfsleistung auch nicht mehr nöthig sein.

Da der *Prolapsus ani* eine jedem Praktiker sehr häufig vorkommende Affektion ist, die bisher sehr schwer zu beseitigen war, so scheint diese schmerzlose und unblutige Behandlungsweise, die, wie wir voraussetzen dürfen, in anderen Fällen eben so erfolgreich sein wird, alle Aufmerksamkeit zu verdienen.

---

6. Ueber das Cephalämatom und dessen Behandlung.

Das Cephalämatom ist, berichtet Dr. Otterburg, bis auf den heutigen Tag der Gegenstand zahlreicher Untersuchungen von Seiten der Aerzte gewesen; man hat über die Ursache, das Wesen, den Sitz und die Behandlung desselben die verschiedenartigsten und sich widersprechensten Meinungen aufgestellt. Die Einen lassen es in Folge eines während einer schwierigen Geburt ausgeübten Druckes entstehen, während sie zu gleicher Zeit einräumen, dass man es nach den leichtesten

und einfachsten Entbindungen angetroffen hat; Andere haben sich in der neuesten Zeit alle mögliche Mühe gegeben, den vermutheten abnormen Druck genau zu bestimmen, und sind zu dem Resultat gelangt, dass das *Collum uteri* bei den regelmässigen Lagen des Kopfes die Scheitelbeine und das Hinterhauptsbein so komprimirt, dass die in Rede stehende Affektion sich bildet; hierbei haben sie aber nicht bedacht, dass aus dem logischen Schlusse dieser Ansicht folgt: das Vorhandensein des Cephalämatoms müsse dann die Regel, und seine Abwesenheit die Ausnahme sein. Und ferner, wie soll man sich die Gegenwart mehrerer an anderen Stellen als auf dem Scheitel- und Hinterhauptsbeine vorkommenden Cephalämatomen, die mein berühmter Lehrer, Prof. Naegelé, beobachtet hat, erklären, und wie sich über dergleichen vor der Entbindung, von demselben Arzte, von Buchard und anderen beobachteten Geschwülsten Rechenschaft geben?

Man hat das Cephalämatom erst zwei oder drei Tage nach der Entbindung beobachtet, und mithin geglaubt, den Zeitpunkt für die Bildung dieser Geschwulst festsetzen zu können; aber abgesehen von der keineswegs rationellen und logischen Richtigkeit einer solchen Ansicht, behaupten wir, und können es erweisen, dass das Cephalämatom im Augenblick der Geburt schon vorhanden ist, und nur durch seine geringe Ausdehnung der Beobachtung entgeht.

Ein krankhafter Zustand der Schädelknochen ist, nach Palletta und Michaelis, die Ursache des unter dem Perikranium gelegenen Cephalämatoms; sie haben vergessen, dass, wenn dies der Fall wäre, wir es mit einer der wichtigsten und gefährlichsten Krankheiten zu thun haben würden; wie! die äussere Lamelle soll zerstört, nekrotisch, kariös sein, und trotz dieser bedeutenden Veränderungen sollten so häufige Heilungen des Cephalämatoms vorkommen? Aber es giebt noch einen schlagenderen Einwurf, den Valleix mit Recht aufgestellt hat, — „die äussere Lamelle des Schädels ist in dem Alter, wo man das Cephalämatom beobachtet, noch gar nicht vorhanden."

Es findet beim Cephalämatom eine konstante Erscheinung statt, die alle Beobachter in Staunen gesetzt, und von dem grössten Theil derselben als pathognomonisches Merkmal der Krankheit betrachtet worden ist, ich meine den fühlbaren Knochenrand; folgende Ansichten sind von den Schriftstellern, die speziell über diesen Gegenstand geschrieben haben, aufgestellt worden:

„Die äussere Lamelle ist zerstört, nekrotisch, kariös (Michaelis, Palletta, Dzondi). Der Vorsprung ist der Rand des durch das Blut

niedergedrückten Knochen (Naegelé, Zeller). Partieller Druck des Bluts auf den unvollkommen verknöcherten Schädel, und daher Bildung eines runden Vorsprungs (Pigné). Man fühlt einen knöchernen, hervorspringenden, ungleichen Kreis; man sollte meinen, der Knochen hätte einen Substanzverlust erlitten (Chelius). Hypertrophie des Knochens; anstatt einer Wucherung, Karies, Nekrosis (Velpeau). Das Periosteum ist ergriffen und verdickt (P. Dubois). Die Ränder des Perikraniums sind umgebogen (Carus). Ein knöcherner Kreis, so dass man zu der Täuschung geführt werden könne, die äussere Lamelle des Schädels fehle (Busch). Wirklicher knöcherner Kreis (Krause). Täuschung des Gefühls (Wokurka, Bartsch). Knöcherne Wulst (Valleix). Knöcherner Rand (Burchard). Koagulirtes und verhärtetes Blut, welches den Rand gewöhnlich bildet (Doepp in St. Petersburg 1843)."

Ich habe seit sieben Jahren in meiner eigenen Praxis und in der Anderer sehr genaue Untersuchungen über die Natur dieser dunklen Affektion angestellt, und alle Ansichten Anderer in Erwägung gezogen, um sie entweder zu bestätigen oder zu bekämpfen, und in einem eigenthümlichen Falle auf das Augenscheinlichste gefunden, dass das Cephalämatom auch während des Intrauterinlebens entstehen könne; ich behandelte im Jahre 1840 eine Dame (der ein Arzt aus Versehen, zur Beseitigung einer Hämorrhagie aus dem Uterus, Injektionen von Alaun hatte machen lassen) bei einer unzeitigen Geburt im fünften Monate, und war erstaunt, bei der Besichtigung des Foetus, auf dem rechten Scheitelbein eine Erhöhung von der Breite eines Zwanzig-Sousstücks zu finden, die mit einer röthlichen Flüssigkeit angefüllt war, welche, wie ich mich bei der Oeffnung deutlich überzeugen konnte, zwischen dem Periosteum und dem Knochen schwamm. Die kleine Geschwulst war so deutlich zu erkennen, dass alle die Kranke umgebenden Personen darüber erschraken, und dieser Anomalie die Ursache der unzeitigen Geburt zuschreiben wollten; ein Umstand aber erregte meine Aufmerksamkeit, nämlich der gänzliche Mangel des Zellgewebes in der ganzen Ausdehnung der Geschwulst zwischen dem Knochen und seinem Periosteum; die Flüssigkeit schien dasselbe zu ersetzen, während an anderen Stellen des Schädels durch die mikroskopische Untersuchung deutliches charakteristisches Zellgewebe aufgefunden wurde. Das Perikranium, welches die Geschwulst bedeckte, war in Vergleich mit dem der benachbarten Theile verdickt und seine innere Oberfläche augenscheinlich viel glatter; diese letztere Beschaffenheit

war auch an der Oberfläche des Knochens wahrzunehmen. Der angeblich knöcherne Rand der Schriftsteller bezeichnete die Grenze, wo das mit seinem Zellgewebe wohl versehene Perikranium an dem Knochen festhaftete und wodurch eine Erhöhung entstand, so dass der Finger, der über die kleine Geschwulst hinwegstrich, das Gefühl einer harten, durch das Periosteum, dessen Zellgewebe und durch den an dieser Stelle in dem Alter unseres Foetus schon verknöcherten Schädel gebildeten Erhebung darbot. Das Perikranium war also im Inneren des Kreises gänzlich abgelöst, oder vielmehr die normale Anheftung mittelst des Zellgewebes fand nicht statt; dieses Gewebe wurde auf abnorme Weise durch eine sanguinolente Flüssigkeit (die aus den in dieser Epoche so zahlreichen und von Breschet nachgewiesenen Gefässen kömmt) ersetzt; diese Flüssigkeit, die wahrscheinlich zu seiner Bildung in der ersten Zeit des fötalen Lebens hatte dienen sollen, aber durch einen Organisationsfehler verändert worden war, blieb unthätig, und anstatt einen festen Theil zu bilden, der die Vereinigung einer Membran mit dem Knochen begünstigen sollte, blieb es flüssig. Dies ist einer von den Zuständen, die im Leben des Embryo, wo vitale Thätigkeit stattfindet, vorkommen, wo aber besondere Umstände wahrhafte Hemmungsbildungen zur Folge haben.

Solche Ablösungen können sich nun an allen Stellen der Oberfläche des Schädels bilden und eine grössere oder geringere Ausdehnung erreichen, je nachdem das Periosteum sehr fest oder sehr lose während der ganzen Dauer des fötalen Lebens mit den Knochen vereinigt ist, und dies erstreckt sich selbst über diesen Zeitpunkt hinaus; man weiss, mit welcher Leichtigkeit selbst bei Erwachsenen koagulirtes Blut oder jede andere Flüssigkeit sich zwischen Periosteum und Knochen ansammeln kann.

Die Wahrheit meiner Behauptung wird sich noch deutlicher herausstellen, wenn man ein Cephalämatom, das einige Tage nach der Geburt entstanden ist, untersucht; man wird alsdann eine Geschwulst finden, die unter den Einfluss des Lungenkreislaufs gerathen ist, und deren vitale Kongestion eine ganz andere sein wird, als im fötalen Leben, denn dann hat das weiche Zellgewebe, welches man gewöhnlich an dieser Stelle findet, schon eine beträchtliche Entwickelung erreicht. Man wird dann eine deutliche Neigung zu aktiver Blutkongestion finden, indem die zahlreichen Gefässe dazu beitragen und das Cephalämatom sich unter ihrem Einfluss, der im Verhältniss zur Entwickelung des Kindes zunimmt, immer mehr vergrössert; um diese Zeit bildet sich nach unserer

Beobachtung der membranöse Sack, den Valleix so vortrefflich beschrieben hat; derselbe scheint eine wahre Pseudomembran zu sein, die das Zellgewebe, bis zu dem Augenblicke, wo durch das Gesetz der Resorption die ergossene Flüssigkeit in den Kreislauf des Bluts aufgenommen wird, ersetzt.

Es kommen aber auch Cephalämatome vor, wo die Aufsaugung der Flüssigkeit grösstentheils stattgefunden hat, und wo die Loslösung des Perikraniums nichtsdestoweniger fortdauert; einen solchen Fall beobachtete ich. Frau L. brachte mir vor drei Jahren ihren kleinen Sohn, der auf dem linken Scheitelbeine ein Cephalämatom von der Grösse eines Dreissig-Sousstücks hatte, welches in allen Erscheinungen, die es darbot, als Typus für die Beschreibung des Cephalämatoms hätte dienen können. Das Kind war damals schon zwei Jahre alt, und die verständige Mutter hatte einige Tage nach der Geburt eine stark gewölbte Geschwulst beobachtet, die nach und nach zusammenfiel. Sie würde nicht daran gedacht haben, sich an einen Arzt zu wenden, wenn nicht ein um die vertiefte Stelle bestehender Kreis plötzlich ihre Aufmerksamkeit rege gemacht hätte.

Offenbar war hier die Resorption der Flüssigkeit zum Theil von Statten gegangen, die Membran hatte sich gebildet, und die Ablösung dauerte fort; ich konnte mich, wenn ich die Haut stach, davon überzeugen. Die Behandlung, die ich in der Absicht, einen entzündlichen Prozess an dieser Stelle hervorzurufen, und so die Verwachsung zu befördern, verordnete, bestätigte meine Ansicht. Ich bin der Meinung, dass kleine Cephalämatome lange Zeit unbemerkt bleiben, dass sie sich spontan ganz und gar oder theilweis zertheilen können, und wenn ein Druck oder irgend ein anderes Mittel keinen plastischen Prozess und so Verwachsung des Perikraniums erzeugt, dasselbe abgelöst bleibt, und fortwährend eine mehr oder weniger deutliche Erhöhung, die deren Grenze bezeichnet, bildet. Die Heilung der Cephalämatome schreitet in dem Maasse, als die Verwachsung des Perikraniums zunimmt, fort, und diese letztere muss natürlich von der Peripherie zum Zentrum stattfinden, denn die normale Entzündung, die plastische Ausschwitzung geht von den organischen schon gebildeten Theilen aus, — das ist ein allgemeines Gesetz; der Kreis, oder vielmehr sein Inhalt, verkleinert sich immer mehr, und verschwindet zuletzt, nachdem die Verwachsung des Perikraniums vollständig stattgefunden hat. Dies habe ich erst ganz kürzlich bei einem Kinde, welches auch, wenn ich mich nicht irre, Herrn Baudelocque dem Neffen, vorgestellt wurde,

beobachtet; es hatte ein Cephalämatom auf dem Hinterhauptsbein und ein zweites auf dem linken Scheitelbeine; die Beschaffenheit dieser Geschwülste, die schnelle Heilung und der Verlauf in Folge der oben angegebenen Behandlung haben mich in meiner Behauptung bestärkt.

Es gesellten sich bei diesem Kinde beunruhigende Symptome nach der Geburt hinzu; der Druck der Geschwulst hatte Konvulsionen hervorgerufen, die wir durch Klystiere mit Moschus beseitigten.

Aber ehe wir zur Angabe der Behandlung des Cephalämatoms übergehen, wollen wir sehen, ob uns nicht auch die Embryologie ein Recht giebt, die Art der Entwickelung, von der wir gesprochen, anzunehmen.

Es ist bekannt, dass beim Embryo die Knochen nur allmälig im Verhältniss zur Zeit des fötalen Lebens ihre Festigkeit erlangen; wir wissen, in welcher Periode die Verknöcherung beginnt, und kennen das weit längere Vorhandensein knorpeliger Theile, welche zwei Knochen zu einem verbinden; wir kennen die abnormen und krankhaften Zustände, die im Stande sind, ihre Verknöcherung und Entwickelung aufzuhalten, so wie das Hinterhauptsbein und Keilbein sich bisweilen in Folge von Rhachitis erst sehr spät vereinigen.

Die Scheitelbeine, deren Verknöcherung nur von einer Stelle von ihrem Höcker ausgeht, variiren sehr in ihrer ganzen Entwickelung; so stossen sie sehr spät erst in der Sutur zusammen, bisweilen erst im achten Monate der Schwangerschaft.

Ein Umstand bekräftigt noch unsere Ansicht: wir meinen nämlich eine von unserm berühmten Lehrer, Prof. Chelius in Heidelberg, gemachte Bemerkung, dass die Cephalämatome eine sehr wichtige Metamorphose erleiden können, die in einer Verdickung und beginnenden Verknöcherung des sie bedeckenden Perikraniums besteht, dass diese Geschwulst dann eine besondere Elastizität annimmt, ähnlich der einer Metallplatte. Man sieht aus dieser Bemerkung, deren Richtigkeit, wenn man auf den geistreichen Beobachter, der sie aufgestellt, Rücksicht nimmt, nicht in Zweifel gezogen werden kann, dass das Perikranium, einer, um so zu sagen, zu schnellen Entwickelung fähig, eine bedeutende Rolle in dieser Affektion spielen muss, und warum sollte nach allem dem die Hemmung der Entwickelung an diesen Stellen nicht eben so gut möglich sein? Verliert nicht unsere Behauptung also den Schein einer reinen Hypothese?

Ein Klopfen wurde von Naegele gefühlt; ich habe es unter den eilf von mir beobachteten Fällen einmal bei einer Geschwulst des

rechten Scheitelbeins angetroffen; ein anderes Mal glaubte ich es bei einem Cephalämatom desselben Knochens zu fühlen, aber ich fand nach genauerer Untersuchung, dass ich mich geirrt; es war der Stoss, der durch die Pulsationen der benachbarten Fontanelle hervorgebracht worden.

Behandlung. Die Behandlung des Cephalämatoms muss, nach dem bisher Mitgetheilten, vorzugsweise auf zwei wesentliche Punkte gerichtet sein: die Resorption der ergossenen Flüssigkeit muss bethätigt und durch geeignete Mittel auf der affizirten Stelle eine Entzündung hervorgerufen werden, deren Folge Verwachsung ist. Das Jod hatte wegen seiner pharmakodynamischen Eigenschaften im Allgemeinen und in solchen ähnlichen Fällen insbesondere, aber hauptsächlich wegen seiner so heilsamen Wirkung in einer Menge von Affektionen des kindlichen Alters, meine Aufmerksamkeit auf sich gezogen, und die Erfolge, die meine Ideen *a priori* bestätigten, zeigten mir, dass ich erfreut sein muss, meine Wahl auf dieses mächtige Mittel gerichtet zu haben. Das *Kali hydrjodicum* (ʒj auf ℥j *Axung.*), zwei- bis dreimal täglich in Einreibungen auf die Geschwulst angewandt, ist das gewissermaassen spezifische Mittel, das Cephalämatom in drei bis sechs Wochen zu zertheilen und zu heilen.

Bisweilen war ich genöthigt, weil die Zertheilung nicht schnell genug, wie ich es wünschte, von Statten ging, zu gleicher Zeit Morgens und Abends eine leichte in *Tinct. Jodi* getauchte Kompresse auf die Geschwulst zu legen und sie daselbst trocknen zu lassen.

Unter dem Einfluss dieser einfachen Behandlung, die bisweilen durch Verordnung von mehreren oder wenigeren Friktionen modifizirt wurde, ohne aber dennoch einen Augenblick das indirekte Mittel bei Seite zu setzen, habe ich Cephalämatome von sehr grossem Umfange in kurzer Zeit heilen sehen. Es ist also keineswegs nöthig, zum Bisturi zu greifen, um diese Affektion der ersten Kindheit zu beseitigen; ich glaube selbst, dass eine Menge von Affektionen, die am Kopfe des Kindes vorkommen, besonders die unter der Aponeurose befindlichen Cephalämatome, die ödematösen sanguinolenten Geschwülste u. s. w. leicht durch unser Mittel geheilt würden, obgleich meine eigene Praxis mir bis jetzt noch nicht hinreichende Gelegenheit verschafft hat, um mit Gewissheit aussprechen zu können, dass es sich so verhält.

Das Jod scheint mir in dieser Affektion keine ernstliche Kontraindikation darzubieten, wenn es vorsichtig angewandt wird. Die Nähe

der Fontanellen, und somit die unmittelbarere Einwirkung des Mittels auf das Gehirn, hat niemals auf das Wohlbefinden meiner kleinen Kranken einen Einfluss gehabt; ich habe übrigens immer empfohlen, die Einreibung (die Quantität einer kleinen Bohne) nie über diese Stelle auszudehnen, und dies ist immer, wiewohl die Sache für mich keine Wichtigkeit hat, eine Vorsichtsmaassregel, die man den Leuten, denen das Kind angehört, mittheilen muss.

---

7. Abschneidung eines Polypen des Mastdarms bei einem Kinde von sechs Jahren.

In den ersten Tagen des Oktober 1842, berichtet Dr. Pousin, wurde ich von einer Frau wegen einer Geschwulst, die ihre Tochter von 6 Jahren am After habe, und die jedesmal, wenn das Kind zu Stuhle gehe, heraustrete, um Rath gefragt. Die Mutter hatte diese Geschwulst seit drei oder vier Monaten bemerkt; das Kind klagte nicht über Schmerzen in derselben; sie war von der Grösse einer Haselnuss, roth, mit unebener Oberfläche. Die Eltern wünschten sehr, dass das Kind von dieser Geschwulst befreit werde. Einige Tage lang war ich unschlüssig über das anzuwendende Verfahren; ich entschied mich endlich zur Abschneidung des Polypen mit einer nach der Fläche gekrümmten Scheere.

Als das Kind zu Stuhle gegangen und die Geschwulst herausgetreten war, schickten die Eltern sogleich zu mir; nachdem ich das Kind in die gehörige Lage gebracht, ergriff ich den Polypen mit einer zerlegbaren Zange, zog ihn sanft hervor und entfernte ihn mit einem Schnitte; das Kind gab kein Zeichen von Schmerz von sich, liess weder Geschrei noch Klagen hören. Es floss ein wenig Blut aus. Im Falle einer beunruhigenden Hämorrhagie hatte ich kaltes, mit etwas Alaun versetztes Wasser zum Injiziren in den Mastdarm zubereitet; da aber nach Verlauf von einer Stunde der Blutausfluss, anstatt zuzunehmen, sich verminderte, und das Mädchen heiter war und wieder zu spielen anfing, machte ich keine Injektion. Am Abend fand eine Stuhlausleerung statt, die Fäkalstoffe waren blutig; am folgenden Morgen bemerkten die Eltern keine Spur mehr davon. Die Gesundheit blieb gut, und der Polyp ist nicht wiedergekehrt.

Die abgetragene Geschwulst war fibrös, weich, mehr oder weniger

abgerundet und sass auf der vorderen Wand des Mastdarms, in der Nähe des Blasengrundes auf. (*Bulletin général de Thérapeutique.*)

---

8. Intermittirende Affektionen mit kurzen Intervallen.

Dr. Mélier in Paris hat in den *Mém. de l'Acad. de Médec.* eine neue Reihe von krankhaften Affektionen, die er intermittirende mit kurzen Intervallen nennt, aufgestellt; wir wollen das Hauptsächlichste aus seiner Abhandlung mittheilen, damit ein Jeder selbst darüber urtheilen könne, was er davon zu halten habe; uns scheint der Verf. seine Ideen mit aller Macht den Beobachtungen haben anpassen wollen. Er meint nämlich, die gewöhnlich angenommenen Typen, wie der quotidiane, tertiane, quartane u. s. w., seien nicht die einzigen, sondern es gebe noch andere, viel kürzere, und die Krankheiten, welche diese schnellen Veränderungen darbieten, erforderten dieselbe Behandlung wie die intermittirenden Fieber, nämlich die Anwendung des Chinin.

Mélier brachte diese Idee zuerst vor ungefähr fünf Jahren in der Behandlung eines Kindes mit Konvulsionen zur Ausführung. Diese hatten sich bei einem sechs Wochen alten Kinde eingestellt, und 48 Stunden hindurch jedem Mittel widerstanden. Der Tod schien unabwendbar, als M. bemerkte, dass deutlich ausgesprochene Intervalle im Verlaufe der Affektion sich darstellten, so dass er das Chinin stündlich zu gr. j verordnete. Der Erfolg war ein glücklicher. Seitdem hatte er eine grosse Anzahl von Fällen, die dieses Verfahren bestätigten, gesammelt, und einige der beschäftigtsten Praktiker in Paris wollen seine Ansicht bestätigt gefunden haben.

Er sagt ferner: „Seit sechs Jahren, wo der erste Fall mir vorkam, hat mich eine grosse Anzahl von in Bezug auf diesen Gegenstand beobachteten Fällen in meiner Ansicht bestärkt und die eigenthümliche darauf bezügliche Behandlung begründet. Wenn ich jetzt zu einem an Konvulsionen leidenden Kinde gerufen werde (ich spreche nicht von den rein symptomatischen und solchen, die von lokalen Leiden, wie Indigestion, Zahnen u. s. w., abhängen, und eine eigene Behandlungsweise erfordern, sondern ich meine die gewöhnlich sogenannten oder besser essentiellen Konvulsionen, die auf einer Störung des Nervensystems beruhen, unabhängig von jeder wahrnehmbaren Verän-

derung)[1]), und dieselben in Anfällen von längerem oder kürzerem Intervalle auftreten, so betrachte ich sie als eine intermittirende Affektion, und verordne das Chinin; und ich kann in Wahrheit gestehen, dass es mir oft gelungen ist, die Krankheit auf die leichteste und unverhoffteste Weise zu beseitigen. Ich bin überzeugt, dass ich auf diesem Wege das Leben vieler Kinder gerettet, die auf andere Art behandelt, einem sicheren Tode entgegen zu gehen schienen."

„Manche Schriftsteller haben die Bemerkung gemacht, dass das Chinin und seine verschiedenen Präparate niemals einen besseren Erfolg hätten, als in den Fällen, wo der Paroxysmus mit deutlichem Frost oder wenigstens mit Kälte beginnt. Nun zeigt die Beobachtung, dass sich bei einem vor einem konvulsivischen Anfall leidenden Kinde, ich will nicht sagen, wirklicher Frost einstellt, sondern in manchen Fällen und in verschiedenem Grade der von Cullen so schön beschriebene Vorbote des Krampfes, jenes Zurücktreiben des Bluts in die inneren Organe, welches einer heftigen Reaktion vorhergeht. Das Kind wird blass, die Lippen entfärben sich, die Wangen werden kalt, und dann tritt die charakteristische Muskelthätigkeit ein. Fordert nicht dieser Verlauf der Symptome zur Annahme einer grossen Analogie zwischen gewissen Konvulsionen im kindlichen Alter und den intermittirenden Fiebern auf?"

Dr. M. beruft sich auf die Beobachtungen von Piorry und de Lens, die früher als die seinigen angestellt waren, wiewohl sie nicht auf derselben Ansicht beruhen. Piorry empfiehlt das Chinin in Fällen von Gehirnreizung bei Kindern, indem er glaubt, dass die Abwechselung der Röthe und Blässe der Wangen allein eine hinreichende Indikation für seine Anwendung abgiebt. Doch führt M. an, dass er beim Durchlesen dieser Fälle nur bei denen einen guten Erfolg gefunden habe, wo ein intermittirender aber kurzer Typus vorhanden war. Es ist nur gewöhnlich sehr schwierig, die Intervalle zu erkennen.

M. hat auch seine Methode im kindlichen Alter bei Eklampsie, hartnäckigem Keuchhusten angewandt.

---

1) Was denkt sich der Verf. bei dieser Unterscheidung? Oder sind die Konvulsionen, die bei der Dentition auftreten, nicht Zeichen einer gestörten Nerventhätigkeit? Wie ist es möglich, dass bei den jetzigen Fortschritten und dem Standpunkte, den die Nervenkrankheiten eingenommen haben, noch so etwas geschrieben wird? Ref.

V. Miszellen und Notizen.

Alaun gegen ***Ophthalmia neonatorum.*** In der *West-of-England*-Augenheilanstalt wird nach Dr. Hocken (*Lancet,* Sept. 1843) die Ophthalmie der Neugeborenen weder mit Blutegeln, noch mit Skarifikationen, noch mit salpetersaurem Silber behandelt, sondern mit einer schwachen Auflösung von Alaun äusserlich auf Konjunktiva und Augenlider. Daneben leichte Abführmittel und den Umständen nach andere innere Mittel. Dieses Verfahren ist so erfolgreich, dass in der That nichts Besseres zu wünschen sein soll. Selbst bei sehr robusten Kindern soll nichts weiter nöthig sein. Nur wenn viel Sekret in den Augen ist, so soll man eine sehr schwache Auflösung von Chlornatron als Detergens benutzen und mit Vorsicht und leichter Hand etwas zwischen die Augenlider bringen. Die Alaunauflösung (gr. j — ij auf ℥j) wird täglich dreimal, nachdem das Auge vom Sekret gereinigt worden, zwischen die Augenlider getropft. Ist die Ophthalmie noch ganz frisch und noch nicht bis zur Sekretion gelangt, so soll das Ueberstreichen der äusseren Fläche der Augenlider mit Höllenstein in Substanz das beste Mittel sein, die Entzündung schnell zu kupiren. B.

Hydrocele bei Kindern. Morrissel wendet zur Radikalkur der Hydrocele äusserlich ein Dekokt der Eichenrinde an, und will von diesem als neu empfohlenen Verfahren glückliche Erfolge gesehen haben. In der Barez's Kinderklinik der Charité wird dieselbe Affektion mit Ueberschlägen von saturirter Auflösung des Salmiaks in Weinessig behandelt; die Heilung erfolgt immer und in sehr kurzer Zeit.

Zur Unterscheidung der Hydrocele von anderen krankhaften Zuständen des Saamenstrangs ist das Sthetoskop das einfachste und sicherste Mittel; hebt man das Skrotum, gegen das Licht gewendet, ein wenig in die Höhe und setzt das Sthetoskop auf den geschwollenen Saamenstrang, so zeigt sich vor den Lumen des Instruments eine hellrothe, durchscheinende Fläche, während an jeder anderen Stelle, wo keine Feuchtigkeit enthalten ist, dieselbe nicht wahrgenommen wird.

H.

Behandlung der ***Ophthalmia neonatorum*** **in der Charité zu Berlin.** Diese Augenaffektion wird in der Charité zu

Berlin (Abtheilung für Schwangere) sehr glücklich auf folgende Weise behandelt.

Der Anfang der Behandlung geschieht mit Anlegung einiger Blutegel, die nach Umständen, und so lange das Reizstadium dauert, wiederholt werden; dabei bekömmt das Kind Morgens und Abends $\frac{1}{4}$ Gr. Kalomel, die Augen werden mit dünnem Fliederthee gewaschen, und auf besondere Reinhaltung derselben geachtet. Sobald der eiterartige Ausfluss eintritt, so findet das Einpudern mit Kalomel statt, das mit einem Haarpinsel geschieht, den man, vorher in Kalomel getaucht, vor das geöffnete Auge hält, indem man leise auf denselben klopft. Da die Stadien bei dieser Augenentzündung selten genau begrenzt sind, so folgen diese Mittel oft unmittelbar auf einander. Gewöhnlich macht die Entzündung keine weitere Fortschritte, und die Heilung erfolgt in sehr kurzer Zeit. Findet aber Auflockerung der Palpebral- und übrigen Schleimhautgewebe statt, so wird eine schwache Auflösung von *Argent. nitric.* angewandt, von der man täglich mehrere Mal einige Tropfen in das Auge fallen lässt. Gewöhnlich wird bei straffem Gewebe und bedeutender Sekretion die Anwendung des Kalomels allen anderen Mitteln vorgezogen. H.

Ueber den Keuchhusten theilt Herr Trousseau in einem Briefe an Herrn Bretonneau Folgendes mit:

1) Dem Keuchhusten geht fast immer ein Husten ohne besondere Charaktere voraus.

2) Die Krankheit erreicht in der Regel ihre grösste Höhe einige Tage nach dem Auftreten des eigenthümlichen Hustens.

3) Das Stadium der Akme ist sehr kurz, das der Abnahme sehr langwierig.

4) Ein interkurrentes Fieber, oder eine Entzündung mindert immer die Intensität der Krankheit; zuweilen verschwindet diese während der Dauer der neuen Affektion, und kehrt nach deren Heilung wieder, oder bleibt auch ganz aus.

5) Jede Behandlung ist unwirksam.

6) Der Keuchhusten kann ein und dasselbe Individuum mehrere Mal befallen. (*Journal de médecine.*) B.

Behandlung des *Hydrocephalus acutus* mit *Kali hydrjodicum*. Dr. Fludder berichtet drei Fälle dieser Krankheit, die bereits in das zweite Stadium vorgerückt war. Blutegel und

Kalomel waren bereits ohne Erfolg angewendet worden. Er verordnete nun das Jodkali zu $\frac{1}{2}$ Gran 2stündlich, worauf schnell reichlicher Urinabgang und Salivation folgten. Letztere schreibt der Verf. nur dem Umstande zu, dass das Mittel die Einwirkung des Kalomels, die bisher ausgeblieben war, hervorrief. Der Ausgang war in allen drei Fällen glücklich. (*London medical Gazette.*) — In Barez's Kinderklinik ist dieses Mittel schon längst eben so erprobt. B.

Dr. Fisher, Präsident der *Westminster Medical Society* führt an, dass er im verflossenen Jahre das Chlorkali zu gr. v pro dosi zweistündlich in Fällen von Angina bei Scharlach angewandt und zu gleicher Zeit Wein und Stimulantia in Gebrauch gezogen habe. Er fand das Mittel besonders sehr nützlich bei brandiger Angina. (*The Lancet.*) B.

Linimentum vermifugum. In Frankreich wird ein Liniment, bestehend aus

℞ *Ol. Ricini* ℥ix,
Ol. Absinthii ℥ß,
Ol. Tanaceti ℥ß,
Tinct. Filicis maris aether. gutt. xx.
M. D. S.

zu Einreibungen in den Unterleib bei Würmern angewandt, welches man in dringenden Fällen noch wirksamer machen kann, wenn man eine kleine Menge gestossenen Knoblauchs in *Ol. Tanaceti* mazeriren lässt.

Es soll von grosser Wirksamkeit sein, besonders für den praktischen Arzt ein Surrogat in den Fällen, wo kleine Kinder keine Vermifuga innerlich nehmen wollen. (*Journal de médecine.*) B.

VI. Bibliographie.

Scarlatina and its treatment on homoeopathic principles, by Joseph Belluomina. London 1844, 8.

Some account of the epidemic of Scarlatina which prevailed in Dublin from 1834 — 1842 *inclusive, with observations, by Henry Kennedy, A. B. M. B. Dublin* 1843.

Jedes Jahr erscheinen 12 Hefte in 2 Bänden. — Gute Original-Aufsätze über Kinderkrankh. werden erbeten und am Schlusse jedes Bandes gut honorirt.

JOURNAL
FÜR
KINDERKRANKHEITEN.

Aufsätze, Abhandlungen, Schriften, Werke, Journale etc. für die Redaktion dieses Journals beliebe man kostenfrei an den Verleger einzusenden.

BAND II.] BERLIN, MÄRZ 1844. [HEFT 3.

I. Abhandlungen und Originalaufsätze.

Einige Bemerkungen über die Anwendung der Excitantia bei entzündlichen Brustleiden der Kinder, von Dr. Posner, prakt. Arzte in Berlin.

Betrachten wir die Bestrebungen und Fortschritte, welche die Medizin in neuerer Zeit gemacht hat, so dürfen wir uns mit gerechtem Stolze sagen, dass unsere Wissenschaft an dem rüstigen Entwickelungsgange, an dem Ringen nach Wahrheit und Begründung, an dem Lossagen vom blinden Autoritätsglauben, wodurch sich unsere Zeit charakterisirt, lebhaft Antheil genommen hat. Die Medizin ist eben so wie die Philosophie eine wesentlich skeptische und kritische geworden, und hat so den einzigen Weg zur Wahrheit betreten; dabei hat sie aber, und das lag in ihrem Wesen, das vor der Philosophie voraus, dass sie sich nicht wieder in den alten Irrgängen der Spekulation und Hypothese verlor, die ihr ehedem so viel Unheil bereitet, sondern dass sie mit voller Kraft sich an die vorurtheilsfreie und unbefangene Beobachtung, als den einzigen Baum der Erkenntniss, anklammerte. So hat sie viel von dem Ungewissen und Schwankenden verloren, woran sie früher gekränkelt, sie ist in das Reich des Lebendigen und Thatsächlichen getreten, und erobert hier Schritt vor Schritt den Boden zu einem neuen Bau, an dem sie zwar unter Mühe und Kampf, aber auch mit der sichern Hoffnung des einstigen Gelingens arbeitet.

Vindiziren wir auch diese vorwärts schreitende Bewegung für die Heilkunde im Allgemeinen, so dürfen wir uns doch bei vorurtheilsfreier Betrachtung nicht verhehlen, dass es mehr der theoretische Theil unserer Wissenschaft als der praktische sei, in welchem jene Entwikkelung und Erweiterung stattgefunden habe. Während Pathologie und Diagnostik Begründung durch physiologisches Wissen erstrebt und

grossentheils erreicht haben, hat sich die Therapie, die wir doch immerhin als das Endziel unserer Bemühungen anschauen müssen, in unveränderter Weise auf die gegenwärtige Generation fortgeerbt. Ihre Dogmen, früherhin im Einklang mit den herrschenden Anschauungen vom Wesen der Krankheit, sind jetzt, wo diese letzteren in sich zerfallen sind, ein Unding geworden; nichtsdestoweniger behalten wir sie mit gläubiger Bequemlichkeit bei, und wagen es nur selten, die Leuchte der Kritik an die überkommenen Heilmittel und Methoden zu halten.

Einen sehr deutlichen Belag zu dem eben Gesagten liefert die Therapie der Entzündung. Das Wesen derselben wird jetzt wohl von keinem physiologisch gebildeten Arzte in einer erhöhten Vitalität gesucht, nichtsdestoweniger kennt man bei der Behandlung nur die einzige Indikation: den Kranken zu schwächen, so lange zu schwächen, als sich noch Spuren des entzündlichen Prozesses vorfinden. Wir stehen hier, trotz der vorgerückten Erkenntniss der bedingenden Krankheitsmomente, in Bezug auf die Therapie noch immer auf demselben Punkte, den man bereits vor Jahrhunderten eingenommen, ja wir sind sogar in jener Debilitationstheorie, durch die uns unbewusst anklebenden Brown'schen Anschauungen, noch stärker befangen als die Alten, welche Stadien der Entzündung annahmen, in denen die schwächende Behandlung mit einer erregenden vertauscht werden musste. — Weit davon entfernt, den durch Jahrtausende bewährten Nutzen der gewöhnlich angewendeten Antiphlogose leugnen zu wollen, müssen wir uns nur genaue Rechenschaft darüber geben, in welcher Weise dieser Nutzen erzielt wird, um danach beurtheilen zu können, in welcher Ausdehnung die hierher gehörigen Mittel statthaft sind, und wann es an der Zeit ist, ihnen andere, von ganz entgegengesetzter Wirkungsweise, zu substituiren.

Die Entzündung ist nicht, wie eine ererbte Tradition uns berichtet, eine lokale Erhöhung des Lebensprozesses, sondern, wie sich aus der mikroskopischen Analyse der Entzündungsvorgänge ergiebt, Stokkung des Blutes in den Kapillargefässen und dadurch bewirkte mechanisch-chemische Veränderung dieser Flüssigkeit, Austritt ihrer Bestandtheile in das umgebende Parenchym und, in den meisten Fällen, Bildung von Primitivzellen in dem transsudirten, faserstoffhaltigen Fluidum. Wodurch jene Stasis bedingt werde, ist zwar noch nicht bis zur Evidenz festgestellt, indess darf man mit ziemlicher Wahrscheinlichkeit annehmen, dass Veränderungen in der motorischen Kraft der Kapillargefässe das ursächliche Moment der Stockung bilden. Die Heilindika-

tion besteht also darin, die Hemmnisse in der Zirkulation wegzunehmen und die transsudirte Masse zur Resorption zu bringen. Dies geschieht, indem man die Blutmasse quantitativ vermindert, und ihre Qualität so umstimmt, dass die Aufnahme des abgelagerten Faserstoffs möglich wird. Die hierzu angewendeten Mittel sind Blutentziehung und Darreichung solcher Substanzen, welche die Sekretionen antreiben und chemisch auf das Blut einwirken, indem sie dessen Salzgehalt und damit zugleich seine Solutionskraft in Bezug auf den Faserstoff vermehren.

Um jedoch die Zertheilung der Entzündung und ihrer Produkte zu bewirken, muss die Zirkulation des Blutes eine gewisse Energie behalten, ohne welche es nicht im Stande ist, die in den affizirten Kapillargefässen stockenden Blutsäulen in die allgemeine Strömung fortzureissen, und es ergiebt sich daraus von selbst, dass eine zu weit getriebene Anwendung der gewöhnlich als antiphlogistisch bezeichneten Mittel die Zertheilung, statt sie zu befördern, unmöglich macht, und den Uebergang in die sogenannte asthenische Entzündung bedingt [1]).

Aus dem Vorstehenden geht hervor, dass der antiphlogistische Heilapparat sich nicht blos aus debilitirenden Mitteln zusammensetzt, sondern dass bei obwaltender Entzündung ein Zeitpunkt eintreten kann, welcher die Kräftigung des Blutumlaufes und in diesem Sinne die Anwendung exzitirender Arzneistoffe nothwendig macht. In der richtigen Auffassung dieses Zeitpunkts bewährt sich die physiologische Bildung und der praktische Takt des behandelnden Arztes.

Während es bei dem entzündlichen Leiden Erwachsener oft genug gelingt, durch Debilitantia (allgemeine und örtliche Blutentziehung, Salze u. s. w.) die vollständige Zertheilung der Entzündung zu bewirken, so gebietet der inflammatorische Prozess, wo er im kindlichen Organismus vorkommt, doch in den meisten Fällen eine Modifikation des allgemein angewendeten Verfahrens. Die Energie des Kreislaufes steht bei Kindern auf einer schwächeren Entwickelungsstufe und wird deshalb durch debilitirende Potenzen leicht so sehr herabgestimmt, dass sie zu einer selbstständigen Zertheilung der Entzündung nicht mehr ausreicht. Dies macht sich namentlich bei entzündlichen Leiden

---

1) Die weitere Ausführung dessen, was hier nur andeutungsweise berührt werden konnte, findet sich in den neueren physiologisch-pathologischen Abhandlungen über Entzündung, namentlich in Emmert's Beiträgen, Heft 1.

der Respirationsorgane geltend, in welchen die eigentlichen akuten Entzündungserscheinungen nur kurze Zeit anhalten und durch die Anwendung von Blutentziehung schnell beseitigt werden, aber dann einer Reihe von Symptomen Platz machen, welche unter dem Charakter der Adynamie einhergehen und sich unter der fortgesetzten Anwendung des antiphlogistischen Apparates zusehends verschlimmern.

In den meisten Fällen tritt dieses adynamische Stadium in der *Bronchopneumonia infantum* schon nach der ersten Blutentziehung ein, und charakterisirt sich durch folgende Symptome: Die Kinder werden ausserordentlich blass, fast livide, die Lippen nehmen eine bläuliche Färbung an, die Augen sind starr, das Gesicht wird entstellt, fast hippokratisch. Die Frequenz des Pulses steigert sich bis zur Unzählbarkeit, in demselben Verhältnisse wächst die Häufigkeit der Athemzüge, dahingegen wird der vorher sehr oft wiederkehrende Husten seltener, und zeigt sich nur in vereinzelten Anfällen. Die Auskultation ergiebt Rasselgeräusche der verschiedensten Nüanzen, an einzelnen Stellen Hepatisation des Lungengewebes, denen dann ein matter Perkussionston entspricht. Gewöhnlich, besonders wenn vorher wiederholte Blutentziehungen angewendet wurden, gesellen sich zu diesen Symptomen die Zeichen von Gehirnanämie.

Lässt man sich durch die in der Brust unzweifelhaft anwesenden Entzündungsprodukte zur Fortsetzung der gewöhnlichen antiphlogistischen Methode bewegen, so treten bald suffokative Anfälle, Zuckungen, komatöse Erscheinungen ein, und der Kranke wird das Opfer einer therapeutischen Konsequenz.

Wie bedrohlich aber auch der oben beschriebene Symptomenkomplex erscheinen möge, so gebietet er doch keine unbedingt schlechte Prognose, wenn man zu diesem Zeitpunkte die gewöhnlichen Antiphlogistika aufgiebt und zu den stärksten Reizmitteln seine Zuflucht nimmt. Unter diesen empfiehlt sich keines mehr als der Wein, welcher, in kleinen Dosen konsequent fortgebraucht, bald dem Gesichte einen kräftigeren Ausdruck verleiht, die Häufigkeit des Pulses und der Athemzüge mildert, und einen erquickenden Schlaf herbeiführt, während dessen die topischen Entzündungssymptome auf ein Minimum reduzirt werden; die Rasselgeräusche hören zum grössten Theile auf, und es bleibt nur ein schwacher *Rhonchus mucosus* zurück, die hepatisirten Stellen werden wieder wegsam, und dieser ganze Rückbildungsprozess geht mit so zauberhafter Schnelle vor sich, dass in der Regel nach 24 Stunden sich die Bronchopneumonie in einen einfachen Katarrh

verwandelt hat, welcher den gewöhnlichen antikatarrhalischen Mitteln weicht.

Alle übrigen Reizmittel stehen dem genannten an Wirksamkeit nach, schon deshalb, weil es schwer, fast unmöglich hält, sie den Kindern beizubringen, wohingegen sie den Wein, namentlich süssen Ungar, mit Vorliebe nehmen.

Die Indikation für dieses exzitirende Verfahren tritt ein, wenn nach dem ersten entschiedenen Auftreten der Bronchopneumonie die Blutentziehungen, das Kalomel, die Auflösung von *Tart. stibiatus* zwei Tage hindurch angewendet worden, ohne dass sich eine bestimmte Wendung der Krankheit zur Genesung manifestirte. Man warte dann nicht erst den Eintritt der oben genannten Symptome ab, sondern greife früher zu reizenden Mitteln; unter diesen Umständen genügen schon mildere Exzitantia, z. B. ein leichtes Senegadekokt, schwache Auflösungen des *Liq. Ammonii anisatus,* wohingegen bei deutlicher Entwickelung der adynamischen Zeichen unverzüglich die Anwendung des Weins erfolge. Die Dosis, in welcher derselbe zu geben, modifizirt sich nach dem Alter des Kindes, die Dauer der Anwendung wird durch den früheren oder späteren Eintritt des Schlafes bestimmt.

Zur Bestätigung für das Gesagte erlaube ich mir einige Krankengeschichten, in denen das angegebene Verfahren von dem überraschendsten Erfolge begleitet war, anzuführen:

1. Klara Ludwig, 9 Monate alt, schwächlicher Konstitution, von einer gesunden, kräftigen Amme genährt, ward am 6. Januar 1843 von einem entzündlichen Gehirnleiden befallen, welches innerhalb weniger Tage durch Blutentziehung, Anwendung der Kälte und des Kalomels beseitigt wurde. Schon während dieser Krankheit waren Zeichen einer katarrhalischen Lungenaffektion hervorgetreten, konnten aber bei der Dringlichkeit der Gehirnsymptome keine Berücksichtigung finden.

Am 8. Januar, nachdem das Gehirnleiden vollständig geschwunden, hatte sich der anfangs leichte Bronchialkatarrh zu einer wahrhaften und heftigen Bronchopneumonie gesteigert. Der Athem war ausserordentlich frequent, von lautem Schleimrasseln und von einem öfters wiederkehrenden, den Anfällen der *Tussis convulsiva* ähnlichen, krähenden und anscheinend schmerzhaften Husten begleitet. Die Auskultation ergab in beiden Brusthälften an mehrern Stellen feuchte Rhonchi, in der Gegend des mittleren Lappens rechter Lunge ent-

schiedene Krepitation, in der Trachea und den grösseren Bronchialverzweigungen lauten *Rhonchus mucosus.* Die Ausdehnung des Brustkastens bei der Respiration geschah höchst unvollkommen und ungleichmässig. Der Puls war bis zu einer Frequenz von 120 gesteigert, klein und unterdrückt, die Gesichtsfarbe livid geröthet; Schlaf fehlte fast gänzlich.

Es wurden 2 Blutegel an die der Lungenentzündung entsprechende Stelle der Brust gesetzt, und die sehr reichliche Nachblutung durch lauwarme Kataplasmen unterhalten; innerlich erhielt das Kind eine Solution von *Tart. stibiatus.*

Am Abend des 8. Januar hatten alle oben geschilderten Symptome, trotz der kopiösen Blutentleerung, an Intensität zugenommen; nur die Gesichtsfarbe war blässer geworden. Erbrechen von grossen Schleimmassen war zu wiederholten Malen erfolgt, ohne dass die Respiration freier geworden wäre. Der Gebrauch der Brechweinsteinsolution ward fortgesetzt.

In der Nacht vom 8. zum 9. Januar traten mehrere Erstickung drohende Anfälle ein, denen ein Zustand von Sopor folgte; das Kind war ruhig, sehr blass, und in einem Halbschlummer begriffen, aus dem es durch das leiseste Geräusch heftig aufgeschreckt wurde; die Respiration war sehr mühsam und röchelnd, der Husten seltner, in der bezeichneten Stelle der rechten Lunge war kein Athemgeräusch mehr vernehmbar, so dass man auf zu Stande gekommene Hepatisation schliessen durfte. Es wurden Sinapismen an die Waden verordnet, Einreibungen mit Quecksilbersalbe an Brust und Rücken instituirt, und innerlich Kalomel mit *Sulphur aurat.* und Digitalis gegeben. Eine nochmalige Blutentziehung zu veranstalten, schien mir nach dem obwaltenden Schwächezustande unzulässig.

Am 9ten war der Zustand offenbar verschlimmert, die Hepatisation hatte Fortschritte gemacht und nahm fast die ganze rechte Lunge ein, in der linken vernahm man neben heftigem *Rhonchus mucosus* und *sibilans* Krepitation in dem unteren Lappen. Das Allgemeinbefinden war wie in der vergangenen Nacht; heftige Suffokationsanfälle wechselten mit einem an Intoxikation erinnernden Zustande ab. Ich hielt jetzt, trotz der vorhandenen sogenannten nervösen Zeichen, eine zweite örtliche Blutentziehung für gerechtfertigt, und liess dieselbe durch zwei Blutegel instituiren; dabei ward mit den Kalomelpulvern und der Quecksilbereinreibung fortgefahren.

Im Laufe des Tages nahmen die topischen Entzündungssymptome

an Intensität und Ausbreitung zu, so dass fast die ganze untere Hälfte der linken Lunge hepatisirt erschien; die Nacht verging in eben so beunruhigender Weise wie die gestrige, und es mussten zu wiederholten Malen Senfteige an die Waden gelegt werden, um die drohende Erstickungsgefahr abzuwenden.

Am 10ten bot das Kind den Anblick einer Sterbenden dar; die Gesichtszüge waren bis zur Unkenntlichkeit entstellt, die Lippen bleich, das Auge gebrochen, der Athem bis zu einer Frequenz von 50 — 60 gesteigert, das Röcheln laut und im Nebenzimmer deutlich vernehmbar, der Puls von unzählbarer Schnelle, klein, zitternd. Unter diesen Umständen verzweifelte ich an der Wirksamkeit der bis jetzt angewendeten Mittel, und entschloss mich, mehr des Versuches halber, als mit der Hoffnung auf ein mögliches Gelingen, zur Anwendung von Reizmitteln; ich liess dem Kinde stündlich einen kleinen Theelöffel alten, süssen Ungarweines reichen, und setzte alle übrigen pharmazeutischen Verordnungen aus. Im Laufe des Tages noch ward der Zustand etwas beruhigender, die Frequenz des Pulses und der Athemzüge milderte sich, in einigen vorher hepatisirten Stellen ward *Crepitatio redux* wahrnehmbar. Abends gegen 10 Uhr verfiel das Kind in einen sanften, tiefen Schlaf, welcher bis gegen Morgen anhielt, und während dessen die merkwürdigste Veränderung vorgegangen war. Der Athem war ruhig und frei geworden, das Röcheln hatte sich fast ganz verloren, die Lungen waren fast in ihrer ganzen Ausdehnung wieder wegsam, und es gelang nun unter einer einfachen und exspektativen Behandlung, während welcher noch jeden Morgen und Abend ein Theelöffel Wein gereicht wurde, innerhalb weniger Tage die vollständige Genesung herbeizuführen.

Das Kind ist seit der Zeit von bedeutenderen Brustaffektionen frei geblieben und hat sich in kräftiger Weise entwickelt.

Merkwürdig war mir in diesem Falle, dass die bedeutende Quantität von angewendeten Quecksilberpräparaten (beinahe 3 Drachmen *Unguent. cinereum* und 10 Gran Kalomel) ohne Spur einer Allgemeinwirkung blieb, wodurch wiederum die oft gemachte Beobachtung, dass Merkur auf den kindlichen Organismus viel langsamer einwirkt, als auf Erwachsene, eine Bestätigung erhält.

2. Karl Märkschies, 2 Jahre alt, kräftig und wohlgenährt, ward am 18. März 1843 von einer heftigen Bronchopneumonie befallen, gegen welche eine örtliche Blutentziehung und der innerliche Gebrauch einer *Solutio Tartari stibiati* verordnet wurde. Unge-

achtet dieser antiphlogistischen Hülfsmittel hatte sich die Entzündung bis zum 20. März über die ganze linke Lunge ausgebreitet, ohne jedoch bereits Hepatisation veranlasst zu haben. Gewarnt durch den oben erzählten Fall und mehrere andere dem ähnliche, verliess ich frühzeitig die antiphlogistische Behandlungsweise, und reichte dem Kinde ein ***Decoctum rad. Senegae*** mit ***Liquor Ammonii anisatus,*** wodurch die Entzündung innerhalb dreier Tage zur vollständigsten Resolution gebracht wurde, so dass das Kind am 25. März als genesen aus der Kur entlassen werden konnte.

Ich habe im Verlaufe des vergangenen Jahres bei 17 Fällen von ***Bronchopneumonia infantum,*** unter denen einige sehr bedrohliche, das angegebene Verfahren zur Anwendung gebracht und mich in allen des glücklichsten Erfolges erfreut.

Ueber das Wesen und die Behandlung des spontanen Lungenbrandes bei Kindern, von Dr. Ernest Boudet in Paris.

Der Lungenbrand bei Kindern ist eine zu seltene Erscheinung, — obgleich er, meiner Ansicht nach, in diesem Alter noch häufiger vorkommt, als in jedem anderen, — als dass es einem Beobachter möglich sein sollte, eine grosse Anzahl von Thatsachen darüber zu sammeln. Auch bin ich weit davon entfernt, hier eine vollständige Geschichte dieser Krankheit liefern zu wollen. Allein da ich Gelegenheit gehabt habe, den Lungenbrand im kindlichen Alter sowohl, als bei Erwachsenen und Greisen zu beobachten, und da ich ausserdem eine ziemliche Anzahl von Fällen des spontanen Brandes überhaupt gesammelt habe, so hoffe ich durch die Zusammenstellung der verschiedenen Thatsachen und die aus ihnen zu ziehenden Resultate einiges Licht über das Wesen einer Krankheit verbreiten zu können, deren nächste Ursache noch in ein tiefes Dunkel gehüllt zu sein scheint.

Ich werde hier zunächst 5 von mir beobachtete Fälle von Lungenbrand bei Kindern ausführlich mittheilen. In einem einzigen dieser Fälle war der Brand ausschliesslich auf die Lunge beschränkt, in allen übrigen waren gleichzeitig auch andere Organe auf eine ähnliche Weise affizirt. Ich werde daher mit dem ersteren, als demjenigen, in welchem die hier in Rede stehende Krankheit von jeder Komplikation frei erscheint, beginnen.

Beobachtung I.

Françoise Clerget, 12 Jahre alt, wurde am 12. Sept. 1840 in das Kinderhospital aufgenommen. Ihre Eltern und Brüder waren vollkommen gesund. Sie selbst hatte sich, gutartige Masern, die sie im 8ten Lebensjahre gehabt, abgerechnet, stets wohl befunden und einer sehr sorgfältigen Pflege erfreut. Am 20. Juli war sie vom Scharlach befallen worden; der Ausschlag hatte nur 5 Tage gestanden, das Fieber aber noch nach dem Verschwinden desselben fortgedauert, und war von Schmerz in der rechten Brustseite, einem übelen Geruch aus dem Munde, Erbrechen, purulentem stinkenden Auswurf und Abmagerung begleitet.

Am 12. September Abends bot die Kranke folgende Erscheinungen dar:

Eine schwach ausgesprochene lymphatische Konstitution, schlaffe Muskeln, bedeutende Abmagerung; von Zeit zu Zeit Diarrhoe, ohne Leibschmerzen, intensives Fieber (126 Pulsationen), schwachen, regelmässigen Puls, 40 Respirationen, vollständig matter Perkussionston an der vorderen Seite der rechten Brust, von der Brustwarze an bis zur Basis des Thorax, so wie an den entsprechenden Parthieen der hinteren Gegend; Abwesenheit des Respirationsgeräusches und der Resonanz der Stimme an denselben Punkten; einen nicht häufigen Husten, opake, nicht schaumige Sputa von starkem, aromatischem, durchaus nicht stinkendem Geruch. Die Kranke war sehr schwach und niedergeschlagen.

Den 13ten. Wiederholtes Erbrechen im Verlaufe des vorigen Abends. Diesen Morgen klagt die Kranke über einen lebhaften Schmerz in der Lebergegend. Auf der rechten Brustseite, gegen die Warze hin, hört man ein deutliches Gurgeln (*Gargouillement*). Die Sputa sind stinkend. (Eine Julepmixtur mit *Extr. Digital.* 0,05 Gramm. und *Syr. Opii* 8 Gr.)

Den 14ten und 15ten. Der Zustand derselbe. Die Expektoration dauert fort. Puls 120. (2 Tassen Milch.)

Den 16ten. Die Kranke hat seit 24 Stunden aufgehört, auszuwerfen. Die Respiration ist ausserordentlich beschleunigt (60 in der Minute). Der Perkussionston wie am ersten Tage. Das Respirationsgeräusch ist sehr rauh und in der oberen Lungengegend mit einem grossblasigen Rasseln vermischt. Der Puls klein, 132, äusserste Blässe; die Schwäche und Niedergeschlagenheit grösser, als je zuvor. (Ein Vesikator auf die hintere Gegend der rechten Brust, Sinapismen auf die Waden.)

10 Uhr a. m. Die Kranke hat, ohne zu brechen, nach einem

Hustenanfall ungefähr 30 Grammen flüssigen, schaumigen, hellrothen, einen ganz venösen Geruch verbreitenden Blutes ausgeworfen.

Den 17ten. Auch diesen Morgen trat eine Hämoptysis ein, das Blut ist von derselben Beschaffenheit und beinahe derselben Quantität, wie das erste Mal. Der Puls ist auf 144 gestiegen; die Abmagerung nimmt zuhends zu. Gegen Mittag expektorirte die Kranke eine Quantität flüssigen, hellrothen Bluts, dunkele Blutgerinnsel und dicken Schleim; die ganze Masse mochte ungefähr 60 Grammen betragen und hatte einen stinkenden Geruch. (0,6 Gramm. *Secal. cornut.* in einer Gummiauflösung von 120 Gramm.)

Den 18ten. Die Hämoptysis ist gestillt, der Puls etwas weniger frequent, die Respiration freier (130 : 42), die Sputa weniger stinkend. (0,7 Gramm. *Secal. cornut.*)

Den 19ten. Dieselbe Behandlung; stinkender Auswurf.

Den 20sten. Die Sputa von einigen Blutstreifen durchzogen, aber ohne üblen Geruch. Des Morgens Frostschauer, zahlreiche flüssige Stühle. Im Laufe des Tages Erkalten der Extremitäten.

Den 21sten früh Morgens. Heftiger Schmerz in der rechten Seite der Brust. Tod.

Leichenöffnung, 22 Stunden nach dem Tode. Die Integumente und das subkutane Zellgewebe zeigten eine grünliche Färbung, und zwar auf beiden Seiten des Körpers in gleicher In- und Extensität, mit Ausnahme der Interkostalräume, wo sie auf der rechten Seite merklich stärker ausgesprochen und verbreiteter war, als auf der linken.

Die Mundhöhle wurde nicht untersucht. Der Pharynx erschien gesund. Der Oesophagus zeigte in der Mittellinie der vorderen Wand vier Perforationen. Die oberste derselben hatte eine transverselle Richtung und eine Ausdehnung von 2 — 3 Millimeter, und das Ansehen der Ränder zeigte, dass die Zerstörung von Innen nach Aussen fortgeschritten war. Sie führte, wie die drei übrigen, in eine Höhle, die ich sogleich beschreiben werde, und lag unterhalb eines Geschwürs mit glattem Grunde, der von einem dichten Gewebe gebildet wurde, welches das submuköse Zellgewebe zu sein schien; die Schleimhaut war an dieser Stelle nicht vorhanden. Die übrigen drei bildeten kleine, senkrechte Spalten, in deren unmittelbarer Nähe die Schleimhaut eine ungleichmässige, verzweigte Injektion, aber keine Erweichung zeigte.

Diese vier Oeffnungen mündeten, wie bereits angedeutet, in eine *un*regelmässige Höhle, welche sich vor dem Oesophagus befand. Diese

Höhle schickte, nachdem sie die vordere und rechte Seite jener Röhre umgeben, eine Verlängerung aus, welche, hinter dem rechten Bronchus und vor dem linken hinweggehend, sich bald in zwei Schenkel theilte; der eine endigte blind, ungefähr 3 Centimeter von der Bifurkation der Trachea entfernt, der andere mündete vor und rechts von der ersten Verzweigung des rechten Bronchus in das dichte Zellgewebe, welches hier das Perikardium bedeckt. Die gewundenen Höhlen stiessen an eine Art Kaverne, welche, am unteren hinteren Theil der rechten Lunge gelegen, genau von einer glatten, graulichen, 2 — 4 Millimeter dicken Pseudomembran ausgekleidet war, die an mehreren Stellen durch kleine, rundliche Massen schwarzer Lungenmaterie in die Höhe gehoben wurde.

Diese Kaverne war theils mit einer geronnenen, halbflüssigen Masse von gangränösem Geruch, theils mit grünlichen, weichen zotten- oder lappenähnlichen Lungenfragmenten angefüllt.

Die im Mediastinum befindliche Höhle enthielt dieselben Massen, und war von einer ungleichen und unvollkommenen Lage verdichteten Zellgewebes ausgekleidet, das an einigen Stellen das Ansehen einer Pseudomembran hatte.

Was den Umfang dieser beiden Exkavationen betrifft, so mochte die des Mediastinums ungefähr einen borsdorfer Apfel, die der Lunge eine kleine Reinette fassen können.

Diese letztere Kaverne kommunizirte mit einer anderen, unregelmässigen Höhle, die ungefähr eine grosse Pflaume aufnehmen konnte. In beide mündeten Bronchien von stärkerem Kaliber, deren Schleimhaut von livid rother Farbe, aber nicht erweicht war, und die einen graulichen, höchst übel riechenden Schleim und ausserdem eine krümliche, käsige Masse, derjenigen ganz ähnlich, die, wie ich sogleich anführen werde, sich auch in der Lunge fand, enthielten. Endlich fand sich noch an der Basis des unteren Lappens, inmitten des Lungenparenchyms und mit der zuletzt erwähnten Kaverne in Verbindung stehend, eine dritte Exkavation, welche, von dem Umfange ungefähr einer Nuss, ebenfalls von einer falschen, den Wänden nur äusserst locker adhärirenden Membran ausgekleidet war, und deren Wände, wie die der übrigen Höhlen, von einem glatten, dichten, graulichen, organisirten Gewebe gebildet wurden.

Der Gehalt dieser Exkavationen bestand aus einigen ziemlich festen und ganz schwarzen Blutgerinnseln und einer weichen, leicht zerreiblichen, homogenen Masse, welche da, wo sie nicht durch die

Berührung mit den umgebenden Flüssigkeiten schmutzig gefärbt war, ein weissliches Ansehen hatte, und überhaupt alle Charaktere des Käsestoffs der Milch darbot. Auch die obere Höhle enthielt eine geringe Quantität dieser Materie.

Mehr nach vorn, in einiger Entfernung von der Pleura, fanden sich mehrere rundliche Kerne, die von einer zerfliessenden, grünlichen, gangränösen Masse gebildet wurden, ziemlich genau begrenzt waren, und die Grösse einer Haselnuss hatten.

Der obere und mittlere Lungenlappen zeigten in einem grossen Theile ihrer Ausdehnung jene eigenthümliche Veränderung, welche Laennec unter dem Namen der grauen Tuberkel-Infiltration beschrieben hat. In der Mitte dieses Gewebes bemerkte man einige wenige graue, halbdurchsichtige tuberkulöse Granulationen. Der mittlere Lappen enthielt überdies ein gelbes, eingekapseltes, ziemlich festes Tuberkel.

Der untere Lappen war durchgängig, rings um die Brandkavernen, hart, grau, und mit kleinen, nicht sehr zahlreichen Tuberkelkörnern besetzt.

Die linke Lunge zeigte eine allgemeine Kongestion, und an den hinteren Parthieen einige ekchymotische Flecke; die Konsistenz des Parenchyms war normal.

An der rechten Seite waren beide Pleurablätter durch eine fibrokartilaginöse, graue, sehr feste und stellenweise sehr dicke Pseudomembran durchgehends mit einander verwachsen; an der linken Seite fanden sich nur einige ganz unbedeutende Adhäsionen.

Die Bronchialdrüsen waren sehr angeschwollen, schwarz, aber nicht tuberkulös entartet.

Der Magen war enorm gross, indem er bis zum oberen Beckeneingange hinabreichte; eine Erweichung desselben war nirgend zu bemerken. Der Darmkanal enthielt eine Menge graulich gefärbter Materien, die jedoch keinen gangränösen Geruch verbreiteten; er zeigte nirgend Ulzeration oder Erweichung. Die Leber war stark injizirt und sehr gross. Das in den Herzhöhlen und den Venen enthaltene Blut war fast ganz flüssig, wässerig, und zeigte nur einige unbedeutende weiche Koagula.

Diese Beobachtung ist zu interessant, als dass ich die Hauptmomente nicht rekapituliren und einige Betrachtungen daran knüpfen sollte.

Ein junges, vollkommen gesundes, gut konstituirtes Mädchen wird *vom* Scharlach befallen; das Exanthem entwickelt sich nicht vollständig,

die Röthe verschwindet nach einigen Tagen, worauf heftige Symptome eintreten, die nur mit dem Tode endigen. Bei der Sektion findet man weit verbreiteten Lungenbrand.

Welcher Ursache soll man die Entstehung dieses Brandes zuschreiben? Die Entzündung, welche so oft als die Ursache des Lungenbrandes geltend gemacht worden ist, hat hier offenbar nicht den geringsten Antheil daran. Hat etwa die Gegenwart von Tuberkeln in der affizirten Lunge die Entwickelung jenes Krankheitszustandes begünstigt? Unter 10 Beispielen von Lungenbrand, die ich bei Individuen verschiedenen Alters beobachtet habe, waren ungefähr 5 von Lungentuberkeln begleitet; unter diesen war es nur der eben mitgetheilte Fall, in welchem der Brand und die Tuberkel in einer und derselben Lungengegend existirten, in allen übrigen Fällen hatten diese beiden Krankheitszustände in ganz verschiedenen Theilen ihren Sitz.

Da nun auch kein anderes örtliches Kausalmoment geltend gemacht werden kann, so bleiben nur noch die allgemeinen, konstitutionellen Ursachen übrig, die in der That in der Aetiologie des Lungenbrandes eine bedeutende Rolle zu spielen scheinen. Nun hatten aber bei unserer jungen Kranken in Bezug auf Pflege, Aufenthaltsort und den frühern Gesundheitszustand die günstigsten Verhältnisse stattgefunden. Welcher verderbliche Einfluss konnte demnach so rasch eine solche Veränderung im Organismus hervorbringen, dass er den Keim zu jenen bedeutenden Störungen enthielt, welche den Tod der Kranken zur Folge hatten? Ich nehme keinen Augenblick Anstand zu behaupten, dass dieser Einfluss dem Scharlach zugeschrieben werden müsse. Dieses fieberhafte Exanthem hatte die Mischung des Blutes verändert, und von dieser Veränderung müssen, wie ich bald nachweisen zu können hoffe, die sekundären Erscheinungen abgeleitet werden, die ich oben angegeben habe. Nächst der Abmagerung und dem Fieber, welche mit dem Eintritt des Brandes zusammengefallen zu sein scheinen, waren die hervorstechendsten Symptome, die man während des Lebens beobachtet hatte, nächtliche Schweisse, welche man für ein Zeichen von Tuberkel-Erweichung hätte halten können, und Anfälle von Hämoptysis, die den Tod der Kranken beschleunigt zu haben scheinen. Letzteres Symptom habe ich unter den 5 von mir beobachteten Fällen von Lungenbrand nur ein Mal bemerkt. Bei der Leichenöffnung fand man in einer Lunge die beiden, jetzt allgemein angenommenen Formen von Lungenbrand, nämlich: den umschriebenen und den nicht umschriebenen, mit einander vereinigt. Laennec

betrachtet dieselben als zwei ganz verschiedene Krankheitszustände; allein nach dem, was ich in dem vorliegenden Falle beobachtet habe, ist es offenbar, dass der umschriebene Brand zuweilen nur das zweite Stadium des nicht umschriebenen ist, beide also nur durch die Zeit bedingte Modifikationen eines und desselben Krankheitszustandes sind. Was bei dem Brande in diesem Falle besonders auffallend erscheint, ist das Eindringen desselben in das *Cavum mediastini posterius*, so wie der Umstand, dass unter allen benachbarten Theilen nur der Oesophagus von ihm ergriffen wurde.

Der konsekutive Brand der Speiseröhre ist eine äusserst seltene Erscheinung. Ich habe bei den Autoren nur ein einziges Beispiel davon verzeichnet gefunden, welches, in den *„Bulletins de la Société anatomique"* mitgetheilt, von Herrn Behier beobachtet worden sein soll. In unserm Falle verdient die Anordnung der durch den Brand entstandenen Oeffnungen jener Röhre einige besondere Aufmerksamkeit. Ich habe oben angegeben, dass zwei Lungenkavernen eine geronnener Milch ähnliche Masse enthielten. Eine genauere Untersuchung hatte mich überzeugt, dass diese Masse in der That zum Theil aus geronnener Milch bestand. Auf welche Weise war aber diese in das Lungenparenchym gelangt? Das Mädchen hatte einige Tage vor ihrem Tode Milch getrunken; da sie zu schwach war, um aufrecht sitzen zu können, hatte man sich damit begnügt, um ihr das Schlingen zu erleichtern, den Kopf ein wenig in die Höhe zu heben. Hierdurch war die oberste und grösste Spalte des Oesophagus zu der abhängigeren Parthie in eine Stellung gebracht worden, dass sie eine Art senkrechter Rinne bildete, und auf diese Weise konnte die Milch begreiflicher Weise leicht in eine der Lungenkavernen gelangen.

Die grüne Färbung der Schleimhaut des Oesophagus unterhalb der abhängigsten Spalte desselben deutet darauf hin, dass die im *Cavum mediastini* enthalten gewesenen putriden Flüssigkeiten theilweise durch jene Oeffnung gedrungen waren, und die enorme Ausdehnung des Magens rührte wahrscheinlich von der Gasentwickelung her, zu welcher die Anwesenheit der brandigen Stoffe in jenem Organ und die dadurch entstandene faulige Gährung Veranlassung gegeben hatte.

Beobachtung II.

Augustine Eures, 6 Jahre alt, wurde am 12. Mai 1840 in das Kinderhospital aufgenommen. Nachdem sie sich früher stets einer vollkommenen Gesundheit erfreuet hatte, wurde sie vor 3 oder 4 Tagen

von gutartigen Masern befallen, welche ihre gewöhnlichen Stadien ohne irgend einen üblen Zufall durchliefen. Nach dem Verschwinden des Ausschlages hörte jedoch der Husten, durch welchen der Ausbruch desselben sich angekündigt hatte, nicht auf, sondern wurde im Gegentheil noch häufiger und von einem opaken Auswurf begleitet, und zu gleicher Zeit trat auch einige Abmagerung ein. Da sich indessen um jene Zeit gerade sehr viele schwerer danieder liegende Kranke im Hospital befanden, so unterliess ich es, die Brust zu untersuchen.

Das Kind verweilte täglich eine längere Zeit ausser dem Bette, und ass ein wenig. Eines Morgens bemerkte ich, indem ich mich ihm näherte, dass der Athem desselben einen sphazelösen Geruch verbreite. Als ich hierauf die Mundhöhle untersuchte, fand ich, dass das Zahnfleisch an der linken Seite des Unterkiefers schwarz, weich und stinkend, und die entsprechende Zahnreihe ganz locker sei. (Kauterisation mit Salzsäure.)

Die Kranke wurde immer schwächer, die Haut trocken, der Puls klein und unregelmässig, und der Tod erfolgte am 17ten um 10 Uhr Abends.

Bei der Leichenöffnung, welche 25 Stunden nach dem Tode, bei einer Temperatur von + 20° R., stattfand, boten sich mir folgende Erscheinungen dar:

Mässige Magerkeit, zahlreiche Striemen und Flecke an den hinteren Parthieen des Stammes und der Glieder.

Das Zahnfleisch geschwürig, schwarz, aufgelockert, stinkend, in der Gegend des zweiten unteren Backzahns der linken Seite war selbst das Periosteum des Kiefers erweicht und von dunkelbrauner Farbe.

An der vorderen Wand des Oesophagus, 27 Millimeter oberhalb der Kardia, zeigte sich eine unregelmässige Perforation von 8 Millimeter Länge und 4 [illegible] Breite, so zwar, dass der grösste Durchmesser derselben dem des Oesophagus parallel war. Die diese Perforation umgebenden Hautränder waren von innen nach aussen schräg abgeschnitten und in einen oberen und unteren Winkel verzogen. Die Umgebung der exulzerirten Stelle war von schwarzgrauer Farbe und erweicht, jedoch erstreckte sich diese Veränderung nur auf die unmittelbare Nähe derselben, so dass der übrige Theil der Speiseröhre vollkommen gesund erschien. Der Grund der Perforation wurde von einem schwarzen, stinkenden, weichen Brandschorf gebildet, der zwischen den Rändern der Spalte hervorragte.

Im *Cavum mediastini post.* fand sich eine grosse Quantität

schwärzlicher, halbflüssiger, äusserst stinkender Materie, welche Fetzen erweichten und halbfaulen Zellgewebes enthielt. Der Oesophagus, die Aorta, der rechte Vagus und *Sympathicus magnus*, die *Vena azygos* sind von der brandigen Masse umgeben, aber nur der erstgenannte Kanal hat eine partielle Zerstörung erlitten.

Alle so eben genannte Organe waren von einer Schicht verdichteten Zellgewebes ausgekleidet.

Die rechte Lunge war in der unteren Hälfte ihres senkrechten Durchmessers und, in transverseller Richtung, vom Eintritt der Bronchien nach hinten in einer Strecke von vier Finger breit in eine zerreibliche, schwärzlich grüne, stinkende Masse umgewandelt. Diese Veränderung erstreckte sich nach innen bis gegen die Mitte des Lungenparenchyms hin, wo sich eine unregelmässige, gewundene Höhle befand, die einerseits mit den Bronchien, andererseits, mittelst mehrerer unregelmässiger Oeffnungen, mit dem *Cavum mediast. post.* kommunizirte. Der Brand war hier genau umschrieben, obgleich die eben erwähnte Kaverne keine Spur einer Pseudomembran zeigte. Die Schleimhaut der in diese Höhle mündenden Bronchien hatte eine grünliche Farbe und war bis auf eine gewisse Entfernung von der Höhle erweicht. Einer der Bronchien, der in den oberen Lappen der rechten Lunge eintrat, zeigte nicht weit von seinem Ursprunge eine kleine Perforation mit unregelmässigen Rändern und graulicher Umgebung, durch welche man in eine kleine, irreguläre Kaverne gelangte, die einen weichen Brandschorf enthielt und unmittelbar von einem graugrünlichen, weichen Gewebe, mittelbar von einer Parthie ödematösen und zerreiblichen Lungenparenchyms umgeben war.

Die linke Lunge war nur an der Basis und in dem Raume, welcher sich zwischen dem Eintrittspunkt der Bronchien und dem hinteren Rande befindet, brandig; auch war der Brand hier nur oberflächlich, genau umschrieben, und auf diejenigen Stellen beschränkt, an welchen die Lunge mit den im *Cavum mediastini* enthaltenen putriden Materien in Berührung gekommen war.

Die Brandhöhle des Mediastinums war nach vorn von bedeutend angeschwollenen, in rohe Tuberkel umgewandelten Bronchialdrüsen begrenzt, welche die Zwischenräume, die die grossen Bronchien an ihrem Ursprunge zwischen sich lassen, ausfüllten. An denjenigen Punkten, wo sie die brandige Masse berührten, zeigten sie eine etwas hellere gelbe Farbe und einen geringen Grad von Erweichung; eine derselben, welche unter der Bifurkation der Trachea gelegen war, war

drei Vierteln ihres Umfanges in eine graue, faulige und stinkende Masse umgewandelt; nichtsdestoweniger konnte man die tuberkulöse Beschaffenheit derselben vollkommen deutlich erkennen.

Die rechte Lunge enthielt eine beträchtliche Menge Blutes und seröser Flüssigkeit, namentlich in der Umgegend der brandigen Partbieen; nur an einigen wenigen Punkten war sie zerreiblich und für die Luft unzugänglich. Unter ihrem serösen Ueberzuge fand sich eine beträchtliche Anzahl grosser Ekchymosen.

An der Basis der linken Lunge bemerkte man eine unbedeutende Anschoppung.

Von Tuberkeln waren beide Lungen frei.

In den Pleurahöhlen fanden sich zahlreiche Adhäsionen, ältern und jüngern Datums, und ausserdem eine bedeutende Menge einer trüben, gelblichen Flüssigkeit.

Der unterhalb des Zwerchfells befindliche Theil des Alimentarkanals bot weiter nichts Bemerkenswerthes dar, als ein Geschwür von mittlerer Grösse im absteigenden Kolon und rohe Tuberkel in den mesenterischen Drüsen.

Die seröse Flüssigkeit im Perikardium war etwas getrübt.

Die übrigen Eingeweide boten nichts Abnormes dar. Der Zustand des Blutes ist nicht untersucht worden. —

Diese Beobachtung zeigt uns einen Fall von komplizirtem Brande, indem gleichzeitig ein Theil des Zahnfleisches und beide Lungen davon ergriffen waren. Offenbar jedoch hatte derselbe die letztgenannten Organe zuerst affizirt. Auch hier eröffnete ein Exanthem, und zwar diesmal die Masern, die Reihe der Krankheitserscheinungen. Der Ausschlag war weder in- noch extensiv; allein wie bekannt sind die Exantheme häufig um so gefährlicher, je leichter sie scheinen und je kürzer ihre Dauer ist. Später zeigte sich eine Bronchitis, und dann trat unvermerkt der Brand ein. Dieser ist dieses Mal durchaus nicht umschrieben; er hat sich ebenfalls bis in das *Cavum mediastini* verbreitet und hier alle Organe verschont, mit Ausnahme des Oesophagus, in welchem er eine umfangreiche Perforation veranlasst hat. Durch die Berührung mit dem Brandheerde ist auch die Basis der linken Lunge in einen gangränösen Zustand gerathen, und sind einige tuberkulöse Bronchialdrüsen in eine weiche, schwärzliche Masse umgewandelt worden.

Es möchte vielleicht Mancher, auf die Thatsache gestützt, dass, bei vorhandener Gangrän des Mundes, der Pharynx so häufig sekundär

vom Brande ergriffen wird, die Frage aufwerfen, ob nicht die Perforation des Oesophagus in dem gegenwärtigen Falle derselben Ursache, d. h. der Berührung der aus dem Munde gekommenen brandigen Stoffe während des Schlingens, zuzuschreiben sein dürfte? Allein erstlich war der Oesophagus hier an der vorderen Wand perforirt, während doch der vom Brandgift infizirte Speichel vorzüglich auf die hintere Wand hätte einwirken müssen, da das Kind, wie gewöhnlich, meistens eine Rückenlage behauptet hatte. Zweitens waren die Ränder der Perforation von innen nach aussen, d. h. von der Lunge her gegen den Oesophagus, schräg abgeschnitten; das Umgekehrte aber hätte stattfinden müssen, wenn jene Hypothese richtig wäre. Drittens befand sich zwischen dem Brande des Mundes und dem des Oesophagus ein beträchtlicher Zwischenraum, der von vollkommen gesunden Theilen eingenommen wurde. Beim konsekutiven Brande des Schlundes oder Kehlkopfs dagegen findet zwischen der primären und der sekundären Affektion ein kontinuirlicher Zusammenhang statt, man sieht deutlich, dass die eine nur die Fortpflanzung der andern ist. Endlich lässt auch der Umstand, dass die Lungenaffektion viel weiter vorgeschritten war, als die des Mundes, die Annahme, als habe sich der Brand vom Zahnfleische aus auf den Oesophagus fortgepflanzt, als ganz unstatthaft erscheinen.

Beobachtung III.

Agathe Hergalen, 2 Jahre alt, wurde am 8. Juli 1840 in das Hospital aufgenommen. In tiefem Elende erzogen, hatte sie vor 6 Monaten auch noch ihre Mutter verloren, und befand sich seit dieser Zeit fortdauernd in einem leidenden Zustande. Sie hatte keinen Appetit, hustete häufig und magerte ab. Sie war in ihrer geistigen Entwickelung sehr zurückgeblieben, und konnte noch nicht sprechen.

Bei ihrer Aufnahme ins Hospital war sie sehr schwach und abgemagert. Das Respirationsgeräusch war weder auf der rechten, noch auf der linken Seite normal, indem es dort schwach und von *Rhonchus sibilans* begleitet, hier unter dem Schlüsselbein und nach dem Rücken zu ebenfalls schwach, trocken und mit Bronchialathmen vermischt war. (Ein Vesikatorium auf der linken Seite, und innerlich *Stib. oxyd.* 3 Gramm.) Am 9ten und 10ten war der Zustand derselbe; am 11ten ein Vesikatorium auf der rechten Seite.

Den 17ten. Seit drei Tagen bedeutendes Fieber, die Kranke ist sehr niedergeschlagen.

Den 18ten. Ausbruch zahlreicher, konfluirender und getrennter Masernflecke im Gesicht, und nur hier und da auf den übrigen Theilen des Körpers. Das Fieber ist vollständig verschwunden.

Den 22sten. Das Fieber ist mit grosser Intensität wieder zurückgekehrt; in der *Fossa infraspinata* beider Seiten hört man *Rhonchus crepitans* mit grossen Blasen. Seit 24 Stunden profuse Diarrhoe; der Ausschlag ist fast gänzlich verschwunden. Während der nächst folgenden Tage dauerten das Fieber und die physikalischen Zeichen der Lungenanschoppung fort.

Den 3. August. Eine allgemeine und intensive Entzündung beider Konjunktiven. An beiden Brustseiten hört man noch immer das Knistern, und zwar in einem Raume, der sich bis über den oberen Winkel der Skapula hinaus erstreckt. Die Abmagerung nimmt allmälig zu; das Fieber dauert mit Abend-Exazerbationen fort.

Den 15ten. Stinkender Geruch aus dem Munde; das Zahnfleisch ist in der Ausdehnung mehrerer Zähne des Unterkiefers exulzerirt; die Schleimhaut der betreffenden Stelle ist graulich von Farbe und uneben. (Kauterisation mit Salzsäure.)

Den 16ten. Am freien Rande beider Lippen zeigen sich kleine Brandschorfe. Die Schwäche nimmt immer mehr und mehr zu, und die Kranke stirbt noch an diesem Tage.

Leichenöffnung, 24 Stunden nach dem Tode, bei einer Temperatur von + 19°. Die Leiche war auf dem Rücken liegen geblieben. Aeusserste Abmagerung; grünliche Färbung der Bauchdecken, zahlreiche Striemen und Flecke an den hinteren Parthieen.

Die rechte Pleura war mit einer dicken Lage Tuberkelstoffes bedeckt. Die entsprechende Lunge zeigte an der Basis des oberen Lappens eine diffuse Hepatisation zweiten Grades; jedoch war das Parenchym, statt brüchig und zerreiblich zu sein, so fest und hart, wie in der chronischen Pneumonie. Auch der mittlere Lappen bot theilweise diese Veränderung dar. Zwischen beiden unteren Lappen fand sich eine grosse, feste Tuberkelmasse, die theilweise vom Viszeralblatt der Pleura eingehüllt war, da sie sich tief in die Substanz eines Lappens einsenkte. Dieser Lungenabschnitt war ebenfalls fast in seiner ganzen Ausdehnung sehr dicht und fest und für die Luft unzugänglich, obgleich er seine blass-röthliche Farbe beibehalten hatte. An einem Punkte zeigte er einen kleinen Abszess von dem Umfange einer Haselnuss.

Die linke Lunge war fast in ihrer ganzen Ausdehnung hepatisirt. Die Pneumonie war unter der lobären Form aufgetreten. Auf der

Oberfläche des unteren Lappens, in der unteren Hälfte desselben und gegen den hinteren Rand hin, zeigte sich eine weiche, grünliche, stinkende, ungleiche Pseudomembran von ungefähr zwei Queerfinger Durchmesser. Als ich an dieser Stelle einen Einschnitt in die Lunge machte, gelangte ich in eine unregelmässige, nahe der Pleura gelegene Höhle, die etwa eine kleine Pflaume fassen mochte und von einer graulichen, festen und, wie es schien, organisirten Pseudomembran ausgekleidet war, und deren Wände, denen die falsche Membran fest adhärirte, aus einem ebenfalls hepatisirten, durch nichts von dem übrigen sich unterscheidenden Lungengewebe bestand. Diese Höhle war beinahe ganz von einer unregelmässigen, rundlichen Masse, einer Art grünlichen, stinkenden Brandschorfs, ausgefüllt, die nur mittelst vier dünner, weisslicher Streifen Zellgewebes mit den Wänden der Kaverne zusammenhing, sonst aber überall frei in dieser lag. Kein Bronchialast irgend eines grösseren Kalibers mündete in diese Höhle. Das Lungenparenchym, welches diese von der Pleura trennte, war etwas grünlich gefärbt und, wie überall, für die Luft unzugänglich.

Der Darmkanal bot keine andere Veränderung dar, als ein in der Nähe der Ileocökalklappe befindliches, auf einem Häufchen Peyerscher Drüsen aufsitzendes Geschwür.

Das Blut in den rechten Herzhöhlen war ganz flüssig, in den linken bildete es einige wenige Koagula. —

In dieser Beobachtung sehen wir ein bereits früher höchst elendes Kind Anfangs Juli die Symptome einer nicht sehr heftigen Pneumonie der linken Lunge darbieten. Es erscheint dann ein Masernausschlag, der schnell wieder verschwindet, und nun nehmen die allgemeinen Symptome einen beunruhigenden Charakter an; es entsteht eine partielle Anschoppung der rechten Lunge, der Mund wird geschwürig, und die Kranke stirbt im höchsten Grade des Marasmus.

Der Brand, welcher einen oberflächlichen Theil der linken Lunge einnahm, zeichnete sich hier dadurch aus, dass er nur auf einen einzigen Punkt der Lunge beschränkt war. Inmitten ganz gesunden Lungenparenchyms hatte sich eine Art nekrotischen Sequesters gebildet. Die brandige Masse ist durch eine organisirte Pseudomembran von den übrigen Geweben vollständig getrennt und fast frei in einer Kyste gelagert, die sich höchst wahrscheinlich einige Zeit nachher von den benachbarten Theilen ganz losgetrennt haben würde, obgleich in geringer Entfernung davon die Pleura von einem Brandschorf bedeckt war. Uebrigens unterschied sich das die Brandkaverne umgebende Lun-

gengewebe in nichts von dem übrigen, — ein Umstand, der als Beweis dienen dürfte, dass der Lungenbrand bei Kindern eben so gut heilen kann, wie bei Erwachsenen.

Beobachtung IV.

Angélique Joly, 5 Jahre alt, wurde am 11. August 1840 in das Hospital aufgenommen. Ihre Eltern hatten sich stets einer guten Gesundheit erfreut. Sie selbst, ganz jung vakzinirt und unter nicht ganz schlechten hygieinischen Verhältnissen erzogen, hatte sich ebenfalls bis vor 14 Tagen ganz wohl befunden, um welche Zeit sie von gutartigen Masern befallen wurde, welche 7 Tage standen. Am Ende derselben trat eine Anschwellung beider Wangen ein, und 2 Tage vor ihrem Eintritt ins Hospital zeigte sich in der Nähe des rechten Mundwinkels ein schwarzer Brandfleck. Dieser vergrösserte sich schnell, es trat Fieber hinzu, und am Tage der Aufnahme bot die Kranke folgende Erscheinungen dar:

Sie hatte die Kennzeichen einer lymphatischen Konstitution, und war von ziemlich starkem Körperbau. Die Lippenkommissur war an beiden Seiten durch ein brandiges Geschwür zerfressen, welches letztere auch den freien Rand des unteren Zahnfleisches bis gegen die hinteren Backzähne hin zerstört hatte. Puls 132, regelmässig. (*Decoct. Chin.* zum Getränk und als Gargarism.)

Den 12ten. Die brandige Zerstörung greift immer weiter um sich, trotz einer energischen örtlichen Behandlung.

Den 13ten. Häufiger, trockner Husten.

Den 14ten. Puls klein, regelmässig; zahlreiche, flüssige Stühle. (Roborirende Diät.)

Den 15ten, 16ten und 17ten. Die Krankheit schreitet in jeder Beziehung vorwärts.

Den 18ten. Beschleunigte Respiration, 140 Pulsschläge, kein Husten, grosse Schwäche.

Am 19ten, in der Mittagstunde, starb die Kranke.

Bei der Leichenöffnung, welche 20 Stunden nach dem Tode, bei einer Temperatur von + 20° stattfand, war die Fäulniss in der Umgebung der brandigen Parthieen bereits weit vorgeschritten, in den übrigen Theilen dagegen erst im Beginn.

Der mittlere Lappen der rechten Lunge zeigte mehrere Kerne einer lobulären Pneumonie zweiten Grades. Drei oder vier dieser Kerne, welche nahe der Pleura ihren Sitz hatten, waren in ihrem

Zentrum erweicht, und bildeten hier eine halbflüssige, grünliche oder bräunliche Masse von sphazelösem Geruche. Diese brandige Metamorphose war nirgend genau umschrieben, und erstreckte sich nicht über einen fingerbreiten Raum hinaus. Die Pleura war an den entsprechenden Stellen grünlich gefärbt und mit einer weichen, dunkeln, unregelmässig gestalteten Pseudomembran bedeckt. Der übrige Theil dieser Lunge zeigte nur einen Kongestivzustand, aber keine Pneumonie.

Die beiden Lappen der linken Lunge waren mit einander verwachsen. Gegen den hinteren Rand hin fand sich eine rundliche, flache Tuberkelmasse von der Grösse ungefähr eines Fünffrankenstücks, die zum Theil auf dem oberen, zum Theil auf dem unteren Lappen lag. An dieser Stelle war die Pleura mit einer weichen, unregelmässig geformten Pseudomembran überzogen. Auf dem Durchschnitt erschien die oberflächlichste Lage des Lungenparenchyms erweicht, von bräunlicher Farbe und stinkendem Geruch. Dieser Zustand erstreckte sich bis zu einigen Kernen einer lobulären Pneumonie zweiten und dritten Grades, welche in geringer Entfernung von der Pleura lagen. Der übrige Theil des unteren Lappens zeigte noch mehrere kleine, pseudomembranöse Ablagerungen, aber keine Spur von Brand oder Tuberkel.

Von dem Alimentarkanal waren blos die Wangen, die Schleimhaut der Zunge und das Gaumensegel vom Brande ergriffen.

Die übrigen Organe boten keine bemerkenswerthe Veränderung dar.

Das Blut erschien flüssiger, als gewöhnlich. Das Herz enthielt einige wenige, leicht zerfliessende Koagula. —

Auch in dieser Beobachtung sehen wir die allgemeine Krankheit nach einem vorangegangenen Exanthem entstehen. Der Mund ist derjenige Theil, welcher zuerst vom Brande ergriffen wird. Es ist sehr wahrscheinlich, dass die Lunge um diese Zeit vom Sphazelus noch ganz frei war; wenigstens war kein Symptom wahrzunehmen, das die Gegenwart desselben hätte vermuthen lassen. Plötzlich aber entwickelt sich eine lobuläre Pneumonie, und der Brand ergreift beide Lungen, und zwar die rechte im Mittelpunkt pneumonischer Kerne, die linke inmitten eines blos angeschoppten Theils, in geringer Entfernung von hepasirten Lobulis, von denen auch diese Lunge nicht frei ist.

(Fortsetzung im folgenden Hefte.)

Ueber die *Febris gastrica remittens* der Kinder, von Dr. Locock in London.

Eine grosse Anzahl von Namen, deren man sich zu verschiedenen Zeiten zur Bezeichnung dieser Kinderkrankheit bedient hat, verdankt ihren Ursprung entweder irgend einer supponirten Ursache der wahrgenommenen Symptome, oder einer hervorstechenden Eigenschaft der Krankheit selbst. So hat man dieselbe als Wurmfieber, *Febris meseraica, stomachica, hectica infantilis, remittens infantilis* u. s. w. aufgeführt. Bei einer genauen Prüfung der Geschichte und Symptome, wie sie von den Autoren alter und neuer Zeit geschildert werden, ergiebt es sich, dass diese Verwirrung theils von mangelhaften Versuchen abhing, verschiedene Krankheiten zu statuiren, wo man nur verschiedene Stadien einer und derselben Krankheit hätte annehmen sollen, theils von dem entgegengesetzten Irrthum, indem man zufällige Komplikationen für die regelmässige und einfache Form der Krankheit ansah. Die allgemein anerkannte Ursache dieser Kinderkrankheit bestätigt auf eine auffallende Weise die neueren Lehren Broussais' über die Natur des Fiebers. Die hervorstechendsten Symptome beziehen sich auf die Schleimhaut des Magens und der Gedärme, wovon eine akute oder mehr chronische Fieberform die Folge ist; mit einem verbesserten Zustande des Alimentarkanals mindern sich auch die febrilen Paroxysmen und verschwinden endlich ganz. In den mannigfachen Formen der *Febris continua* zeigt sich eine so bedeutende Verschiedenheit der Lokalkomplikationen, je nach der Jahreszeit und nach der epidemischen Konstitution, dass dadurch die Lehren des berühmten Pathologen eine wesentliche Beeinträchtigung erfahren. Bei der in Rede stehenden Fieberform hingegen kommt eine solche Verschiedenheit gar nicht vor. Die Beschreibung, welche der erste ausgezeichnete Schriftsteller über diesen Gegenstand, Dr. Butter in Derby, im Jahre 1782 von derselben gab, stimmt in allen Hauptpunkten mit derjenigen überein, welche 24 Jahre später von Dr. Pemberton geliefert wurde, deren Genauigkeit von den meisten neueren Schriftstellern und Aerzten anerkannt ist. Dr. Butter theilt die Krankheit in eine akute, schleichende und adynamische (*acute, slow and low*) Form. Dr. Underwood, welcher die erste Ausgabe seines Werkes über Kinderkrankheiten zwei Jahre nach dem Erscheinen von Dr. Butter's Abhandlung veranstaltete, nennt nur die mildeste Form der Krankheit *Febris remittens infantum*, und widmet ihr auch nur ein sehr

kurzes Kapitel, „da sie immer frei von Gefahr ist". Auch spricht er sich sehr deutlich dahin aus, dass Dr. Butter die Wichtigkeit und Gefahr der Krankheit übertrieben habe. Indess beschreibt Underwood in den folgenden Kapiteln den Typhus oder das adynamische Fieber, so wie auch das hektische, welche offenbar mit der adynamischen und schleichenden Form Butter's identisch sind.

Vom praktischen Gesichtspunkte aus betrachtet, scheint die Eintheilung in eine akute und chronische Form hinreichend zu sein. Bei der Beschreibung dieser beiden Formen werden wir Gelegenheit haben, alle nöthigen Einzelnheiten mitzutheilen, und dadurch zugleich den Vortheil der Einfachheit voraus haben.

1. Symptome der akuten Form.

Im frühesten Kindesalter wird diese Krankheit fast niemals beobachtet, — ja, Einige haben ihr Vorkommen während der Laktationsperiode geradezu geleugnet. Am häufigsten ist sie vom zweiten bis zum sechsten Jahre, behält aber ihren eigenthümlichen Charakter bis zum Alter der Pubertät, wenn auch, je älter das Kind wird, ihre Eigenthümlichkeiten sich mehr und mehr verwischen. Die Symptome der akuten Form treten oft ganz plötzlich auf. Das Kind geht vielleicht so wohl wie sonst zu Bett, und nach einer Stunde findet man es mit brennend heisser Haut, gedunsenem Antlitz, injizirter Konjunktiva, und sehr frequentem Pulse, der zwischen 120 und 160 Schlägen variirt. Dabei ungeheuren Durst, trockne Zunge, die sich bald mit einem dicken weissen Ueberzug bedeckt; Schlaflosigkeit und grosse Aufregung, oft sogar Delirium, wobei aber das Kind auf die an dasselbe gerichteten Fragen zu antworten vermag. Hat das Kind ein gewisses Alter erreicht, so klagt es auch wohl über Schmerz im Kopfe, mitunter im Bauche, dessen Wandungen gewöhnlich heisser als andere Körpertheile zu sein pflegen; in der That sind die Füsse oft kühl, sogar kalt. Nicht selten tritt Erbrechen von sauren, ätzenden, grünen oder gelblichen Flüssigkeiten ein. Bei gehöriger Behandlung wird schon nach wenigen Stunden die Haut kühl, es bricht Schweiss aus, die Zunge wird feucht, der Puls weicher und ruhiger, das Kind verfällt in einen tiefen, erquickenden Schlaf, und scheint beim Erwachen so munter wie am Tage zuvor.

Entstand der Anfall durch Ueberfüllung des Magens, besonders mit schädlichen, unverdaulichen Speisen, und werden diese durch die geeignete Behandlung entfernt, so ist ein so schneller und günstiger

Ausgang der Sache nichts Ungewöhnliches. Der Name *„Febris remittens"*, der so allgemein der ausgebildeten Krankheit beigelegt wird, passt in einem solchen Falle nicht. Indessen findet man doch selten eine so einfache Ursache, und dann nimmt die Krankheit einen anderen Verlauf; wenn z. B. anstatt eines einfachen Diätfehlers sich schon seit längerer Zeit unverdaute und schädliche Nahrungsstoffe im Alimentarkanal angehäuft haben, so kann zwar der Anfall eben so plötzlich auftreten, aber der Ausgang wird nicht so befriedigend sein. Anstatt dass das Kind wenige Stunden nach dem Beginn des Anfalls fieberfrei wird, tritt blos eine Remission der Symptome ein; Morgens ist das Kind matt und verdriesslich, die Zunge feucht, aber immer belegt, die Haut kühl und trocken, der Puls etwas bewegt, aber nicht so frequent, wie im Anfalle selbst; oft ist Schlaflosigkeit und Appetitmangel zu bemerken, der Urin ist trübe und flammig, und lagert oft ein weisses Sediment ab. Diese Symptome können nun in höherem oder geringerem Grade einige Stunden andauern, wenn auch das Kind zuweilen lebhaft ist, Antheil nimmt und überhaupt wohl zu sein scheint. Gegen Abend tritt jedoch Unruhe und Unbehaglichkeit ein, das Fieber macht eine entschiedene Exazerbation, welche oft die erste an Intensität übertrifft; übrigens nimmt sie denselben Verlauf, und nach einigen Stunden tritt wieder eine merkliche Remission ein. Der Zustand des Darmkanals ist für die Krankheit charakteristisch. Zuweilen ist Diarrhoe vorhanden, ungleich häufiger aber Verstopfung; in beiden Fällen haben die Ausleerungen einen sehr widrigen, fauligen Geruch. Sie sind dunkel, pechartig, oder thonig, mit gar keiner oder nur geringer Beimischung von Galle, oder die Gallensekretion erscheint fehlerhaft, mit den übrigen Massen nicht gehörig vermischt. Wenn früher Verstopfung vorhanden war, so ist die Anhäufung der krankhaften Massen gewöhnlich enorm, und man muss grosse Dosen von Abführmitteln verordnen, um dieselben herauszuschaffen. Sind nun die Därme gereinigt, so bleiben die Ausleerungen doch immer noch dunkel, fötide und schleimig, und erst wenn die fieberhaften Anfälle nachlassen, bekommen sie ein besseres Aussehen. Im Laufe der Krankheit hat der Athem oft frühzeitig einen widrigen Geruch, der Zungenbelag wird gelber und schmutzig, und man bemerkt häufig, dass das Kind seine Lippen, Nase, Augenwinkel oder Finger zuckt und reibt. Nicht selten findet sich auch ein kurzer, trockener Husten ein. Je mehr sich der Zustand der Konvaleszenz nähert, um so undeutlicher werden die febrilen Anfälle, setzen aus und dauern viel kürzere Zeit. Die In-

tervalle der Remission verlängern sich, werden fast zu vollkommenen Intermissionen, das Kind wird munterer, kehrt zu seinen alten Gewohnheiten zurück, bekommt Appetit und Kräfte wieder. In anderen Fällen tritt die Krankheit nicht so plötzlich ein; das Kind ist einige Tage verdriesslich und ängstlich, schläft unruhig, hat keinen Appetit und eine belegte Zunge; die febrilen Anfälle sind sehr unbedeutend und unregelmässig, werden aber allmälig länger und intensiver, bis die Symptome deutlicher hervortreten, und dann einen ähnlichen Verlauf nehmen.

Die Dauer eines Anfalls in der akuten Form variirt von einigen Stunden bis zu einer, ja selbst zwei Wochen, worauf allmälig die chronische Form sich ausbildet, die sich sehr lange hinziehen kann. Das bessere Aussehen der Darmentleerungen ist eines der frühesten Zeichen der Genesung; sie werden allmälig weniger fötid, bekommen ein natürlicheres Ansehen, und wenn die Thätigkeit der Leber frei und ungehindert von Statten geht, so wird orangenfarbene Galle oft in grosser Menge entleert. Die Ausleerungen werden überhaupt mehr fäkulent, und wenn die Nahrungsstoffe eine angemessene Beschaffenheit haben, werden sie weich und innig mit einander gemengt; der Urin fliesst reichlicher, ist blass, und macht keine ziegelmehlartigen Sedimente; die Zunge reinigt sich allmälig, die Neigung, die Haut zu kratzen, lässt nach, der Schlaf wird ruhig und erquickend; das Antlitz zeigt nicht mehr jene unregelmässige Röthe, oder jene eigenthümliche Blässe während der Remissionen; die Haut ist weich, feucht und kühl, der Puls ruhig, die Konvaleszenz eingetreten. Doch eine geraume Zeit nach diesem günstigen Ausgange kann ein leichter Diätfehler, sei er quantitativ oder qualitativ, einen Rückfall veranlassen. Dieselbe Wirkung hat oft die Nichtachtung der Verstopfung, der zu frühzeitige Gebrauch der tonischen Mittel, feuchte kalte Luft, und geistige oder körperliche Anstrengungen. Häufige Rückfälle führen endlich die chronische Form herbei, und es ist wichtig, zu wissen, dass eine nicht seltene Ursache der Rezidive, so wie auch mancher der bald anzuführenden Komplikationen, in der zu lange fortgesetzten Anwendung starker Abführmittel, oder in der reizenden Natur der gebrauchten Mittel beruht.

Ohne die Behauptung Underwoods, dass diese Krankheit „sich durch Gefahrlosigkeit auszeichne", zu unterschreiben, muss ich ihr doch in Bezug auf die einfache akute Form Recht geben; ich habe niemals einen Fall gesehen, oder von einem solchen gehört, der unglück-

lich ablief; wo der Tod eintrat, fand entweder schon im Anfange eine Komplikation mit Dysenterie, oder mit Magen- und Darmentzündung statt. In solchen Fällen sind die Symptome nicht rein, das Fieber verliert grösstentheils seinen remittirenden Charakter, obgleich alle Kinderkrankheiten eine grosse Tendenz zu Remissionen zeigen, die eine merkwürdige Regelmässigkeit beobachten. Die Komplikation mit Dysenterie verräth sich durch das Aussehen der Stühle; sie sind sehr häufig, von heftigem Drängen begleitet, bestehen fast ganz aus Schleim, mit welchem oft Blut vermischt ist; während der heftige Schmerz an einer Stelle des Bauches, der durch Druck zunimmt, das Anziehen der Schenkel, die tympanitische Auftreibung und stete Uebelkeit das Vorhandensein einer Intestinalentzündung andeuten. Während des akuten Stadiums dieser Komplikationen ist der eigenthümliche Fötor der Ausleerungen viel weniger konstant, verschwindet sogar oft ganz; er kann aber nach einiger Zeit wiederkehren, wenn auch der entzündliche Zustand der Darmschleimhaut nachgelassen hat. Die Majorität unserer Aerzte jedoch betrachtet diesen Mangel des Fötors der Ausleerungen beim weiteren Fortschritt der akuten Form des remittirenden Kinderfiebers überhaupt für nicht ungewöhnlich, und will in solchen Fällen keine Entzündung annehmen. Andrerseits ist das Vorhandensein von Schmerz keinesweges ein genügender Beweis für eine Phlogose, und die Steigerung desselben durch Druck oft sehr trügerisch, da junge Kinder, durch die Krankheit missgestimmt, jede Art von Störung sehr übel aufnehmen, und Druck auf den Bauch oder andere Körpertheile nicht leiden wollen. Auch dürfen wir die von Andral und Andern konstatirte Thatsache nicht aus den Augen verlieren, dass selbst die heftigsten und schlimmsten Formen von Darmentzündung nicht selten schmerzlos verlaufen.

Wir haben unsere Ansicht dahin ausgesprochen, dass, wenn die akute Form des remittirenden Fiebers der Kinder tödtlich endet, die Krankheit entweder mit Dysenterie, oder mit Entzündung der Schleimhaut eines Theiles des Alimentarkanals komplizirt sei. Die Sektionsbefunde bestätigen diese Ansicht; man findet Stellen der Schleimhaut, gewöhnlich im Dünndarm, erweicht, zuweilen ganz abgeschabt, oder auch entzündliche Röthe im Umkreise der Schleimbälge. In manchen Fällen ist ein beträchtlicher Theil der ganzen Schleimhaut lebhaft geröthet. In den Fällen, wo die dysenterischen Symptome die hervorstechendsten waren, fanden sich Ulzerationen im Ileum, Cökum, Kolon und Mastdarm.

Die Ursachen der akuten Form der ***Febris remittens*** sind alle diejenigen, welche direkt oder indirekt die Digestionsorgane beeinträchtigen. War ein Kind früher ganz gesund, waren die Funktionen des Darmkanals regelmässig und natürlich, die Diät angemessen, so lässt sich der Ausbruch der Krankheit in der Regel auf eine Abweichung von der gewohnten Lebensweise zurückführen. Obwohl man annimmt, dass Magen- und Darmkanalaffektionen bei Kindern am gewöhnlichsten im Sommer und Herbst auftreten (wegen des zu reichlichen Obstgenusses, mag dies nun reif oder unreif sein), so ist doch nach unserer Erfahrung die akute Form des remittirenden Fiebers am häufigsten zur Weihnachtszeit, wo die Kinder unverdauliches Zeug im Uebermaass geniessen. Dieselben Symptome entstehen aber auch ohne Diätfehler, wenn die Verdauung durch den Eindruck der Kälte oder Nässe, oder durch eine heftige körperliche oder geistige Aufregung kurz nach einer reichlichen Mahlzeit plötzlich gestört worden ist. Im letzteren Falle tritt die Krankheit sogar noch urplötzlicher ein als da, wo Diätfehler vorausgegangen sind. In denjenigen Fällen, wo die Affektion schnell verläuft, die Symptome verschwinden, und das Kind nach einigen Stunden seine Gesundheit wieder erlangt, scheint der Magen der allein affizirte Theil zu sein. Bei der mehr chronischen Form ist aber der Intestinalkanal in seiner ganzen Ausdehnung mehr oder weniger affizirt. In den komplizirten Fällen dringt die Reizung der Oberfläche tiefer, und man hat Grund anzunehmen, dass dann eine Entzündung des Magens entsteht. Ob diese nun eine sich hinzugesellende Affektion, vielleicht das Resultat einer unpassenden Therapeutik, oder blos ein späteres Stadium einer und derselben Krankheit sein mag, das ist eine Frage, über welche die Meinungen wahrscheinlich sehr getheilt sind.

Diagnose. Wir haben gesehen, dass das remittirend-gastrische Fieber in seiner einfachen Form viel mehr durch die Komplikationen, die während seines Verlaufs hinzutreten, als durch die Intensität der Krankheit selbst gefährlich wird. Wenn es nun wichtig ist, solche Komplikationen in ihrem ersten Anfange zu erkennen, so dürfen wir doch nicht vergessen, dass es eben so wichtig ist, die primären und sekundären Krankheiten nicht mit einander zu verwechseln, und dass es einige Affektionen giebt, welche, obwohl zuweilen koexistirend, doch oft als primäre oder für sich allein bestehende Krankheiten gemissdeutet werden.

Die Gegenwart von Würmern im Darmkanal ruft Symptome

hervor, welche in gewissem Grade denen des remittirenden Fiebers ähnlich sind. Früher war man der Meinung, dass die ganze Krankheit vorzugsweise von dieser Ursache abhänge, weshalb man sie auch Wurmfieber nannte. Dr. Butter wies das Irrige dieser Theorie nach, und ging so weit, zu erklären, dass die Würmer nicht allein diese Krankheit, oder viele andere ernstliche Affektionen, die man ihrer Gegenwart zuschrieb, nicht hervorbringen, sondern dass ihr Vorhandensein im Darmkanal ganz unschädlich, und wahrscheinlich sogar heilsam sei, indem sie durch ihre Reizung die peristaltische Bewegung steigern, wodurch die nachtheiligen Stoffe, welche ihre Nahrung hergeben, schneller aus dem Körper herausgeschafft werden. Ohne nun so weit zu gehen, stimmen wir doch mit Dr. Butter darin überein, dass die Gefahr der Würmer bei Kindern sehr übertrieben, und dass durch den anhaltenden Gebrauch heftiger Anthelminthika viel Unheil gestiftet worden ist. Jucken der Lippen und Nasé, Abmagerung, bleiches Antlitz, aufgetriebener Bauch, unregelmässiger Appetit, belegte Zunge, stinkender Athem, und ungesunde, dunkle, schleimige Ausleerungen, müssen den Arzt, ja selbst die Laien auf die Gegenwart von Würmern aufmerksam machen. Darunter sind nun zwar manche Symptome des remittirenden Fiebers; aber kein Fieber, am wenigsten ein remittirendes, begleitet die Wurmkrankheit. Dazu kommen noch andere für Würmer charakteristische Symptome, wie Jucken am After, Gefrässigkeit, Zähneknirschen, nagende Schmerzen in der Magengegend. Auch die Abmagerung ist weder so bedeutend, noch tritt sie so schnell ein, und wenn auch das Antlitz dann und wann roth wird, so ist diese Röthe doch nur partiell, oft nur auf eine Wange beschränkt; die eigenthümliche vorher erwähnte Beschaffenheit des Urins fehlt auch in den einfachen Fällen der Helminthiasis.

Das häufige Vorkommen eines kurzen Hustens, verbunden mit einem Fieber, welches doch mit dem hektischen manche Aehnlichkeit hat, kann auch zu Irrthümern in der Diagnose Veranlassung geben. Dass bei jungen, ja selbst bei noch ungebornen Kindern Tuberkeln in den Lungen, in jedem Stadium der Desorganisation vorkommen können, ist ausser allen Zweifel gesetzt worden. Kommt nun zu dem remittirenden Charakter des wahren hektischen Fiebers noch das eigenthümliche Jucken der Schleimhaut, so könnte man leicht dazu geführt werden, den Darmkanal als einzige Quelle der Irritation anzusehen; ich habe indess viele Fälle beobachtet, wo dieses Jucken sehr deutlich ausgesprochen und doch keine Intestinalreizung vorhanden war, viel-

mehr waren die Lungen der Sitz der Krankheit. In den sich hinziehenden Formen des remittirenden Fiebers, namentlich bei skrophulösen Subjekten, bilden sich auch leicht Tuberkeln in den Lungen, oder nehmen wenigstens, wenn sie schon vorhanden sind, einen schnelleren Verlauf. Es ist in der That sehr wichtig, ihr Vorhandensein und Fortschreiten zu erkennen, und in jetziger Zeit werden Irrthümer um so weniger vorkommen, wenn man sich nur in zweifelhaften Fällen der Auskultation bedient. Davon abgesehen, wird die Gegenwart oder der Mangel der verdorbenen, fötiden Ausleerungen, der aufgetriebene Unterleib, die belegte Zunge, so wie andere Zeichen einer Intestinalstörung, unsere Meinung bestimmen; eine genaue Diagnose werden wir aber am besten mit Hülfe der Auskultation und Perkussion feststellen können.

Tabes mesenterica, eine der gewöhnlichsten Komplikationen, oft die Folge der Irritation der Darmschleimhaut, tritt entweder im Laufe der Krankheit auf, oder ist das Resultat einer unangemessenen Behandlung; sie wird vielleicht häufiger als irgend eine andere Krankheit mit der chronischen Form des gastrischen remittirenden Fiebers zusammengeworfen. Indess sind die Symptome beider Krankheiten genugsam verschieden, um eine Diagnose möglich zu machen, wobei wir indess nicht vergessen dürfen, dass beide Affektionen sehr oft, namentlich bei skrophulösen Kindern, neben einander verlaufen. Wenn dies vorkommt, so wird eben die Verbindung der Symptome beider mit einander uns eine richtige Einsicht in den Fall verschaffen. In der mesenterischen Krankheit finden wir Abmagerung, „sie tritt aber langsam und regelmässiger ein, nicht so variabel und schnell wie bei Leiden des Darmkanals." (***Evanson and Maunsell*** *on the Diseases of Children, p.* 294.) Die Kinder sind heisshungrig, haben einen aufgetriebenen, harten Leib, auf welchem in späteren Stadien erweiterte Venen wahrgenommen werden. Die vergrösserten Mesenterialdrüsen können gewöhnlich bei der Untersuchung der Nabelgegend gefühlt werden, und nur selten vermisst man Anschwellungen der Drüsen an anderen Theilen, besonders in den Weichen und am Halse. Zu diesen Symptomen kommt noch kneipender Schmerz um den Nabel herum, welcher durch tiefen Druck vermehrt wird. Der Puls ist fast immer anhaltend frequent, macht hektische Exazerbationen, indess sind weder remittirende Paroxysmen, noch das Jucken der Schleimhäute bemerkbar. Die Ausleerungen haben auch ein charakteristisches Aussehen, welches aber von dem im remittirenden Fieber

wesentlich abweicht. Die Stühle in der *Tabes mesenterica* sind nämlich weiss oder dunkel, ja selbst bläulich oder grün, aber nur selten fötid und schleimig, und weder mit gelber noch grüner Galle gemengt. Es scheint, als verdankten sie ihre Alteration dem Mangel eines der gewöhnlichen Ingredienzien gesunder Fäzes, nicht dem Uebermaasse verdorbener Stoffe.

Die meisten Autoren dringen vorzugsweise auf eine genaue Diagnose des remittirenden Fiebers und des Hydrocephalus, und ohne Zweifel hat eine Verwechselung dieser beiden Zustände für die Behandlung die schlimmsten Folgen. Sind beide Krankheiten akut, so wird wohl eine Verwechselung schwerlich möglich sein; mithin brauchen wir uns hier nicht mit der Diagnose derselben zu beschäftigen. Beim chronischen remittirenden Fieber aber werden die Kinder oft so erschöpft und abgemagert, dass dadurch nicht selten ein Symptomenkomplex entsteht, welcher mit der von Dr. Gooch und Marshall Hall beschriebenen Hydrencephaloidkrankheit grosse Aehnlichkeit hat. Da nun trotz der Abmagerung des Halses und der Glieder, die Grösse des Kopfes stationär bleibt, so entsteht dadurch oft der trügerische Anschein einer Vergrösserung des Kopfes. Skrophulöse Konstitutionen sind in der That oft Gehirnaffektionen unterworfen, namentlich der sogenannten *Meningitis tuberculosa,* wo sich die Tuberkeln während des langsamen Verlaufs des remittirenden Fiebers in der Substanz des Gehirns entwickeln. Wenn wir ferner bedenken, wie konstant Störungen der Digestionsorgane funktionelle Störungen des Gehirns nach sich ziehen, so müssen wir wohl zugeben, dass auch Strukturveränderungen nicht seltene Folgen sein mögen. Hier haben wir nun die Hauptschwierigkeit zu überwinden; denn während wir auf das Auftreten von Cerebralsymptomen Acht haben, sie wo möglich verhüten, und wenn sie aufgetreten sind, passend behandeln müssen, dürfen wir zugleich den Zustand der Digestionsorgane, als den ursprünglichen Sitz der Krankheit und vielleicht die Ursache der Komplikationen, nicht vernachlässigen. Die Schläfrigkeit und der Stupor, die zuweilen das einfache remittirende Fieber begleiten, unterscheiden sich von den ähnlichen Zuständen bei Cerebralaffektionen dadurch, dass das Kind immer leicht zu erwecken ist, und weder eine Veränderung der Pupille noch Strabismus darbietet. Auch ist nicht der Kopf, sondern die Brust der wärmste Theil des Körpers, die Fontanelle ist nicht konvex aufgetrieben, die Venen der Kopfhaut sind nicht geschwollen, noch bemerkt man jenen eigenthümlichen Gesichtsausdruck, welcher die chronischen Affek-

tionen des Gehirns und seiner Membranen charakterisirt. Ziehen wir ferner den Mangel der Konvulsionen, der hartnäckigen Verstopfung, der Suppression des Urins und der übrigen entscheidenden Merkmale des erfolgten Ergusses in Erwägung, und stellen damit die Symptome des wahren gastrischen remittirenden Fiebers zusammen, so kann man die beiden Krankheiten wohl kaum verwechseln.

Behandlung der akuten Form. Mit Rücksicht auf die gewöhnlich zu Grunde liegende Ursache, werden wir, wenn wir früh zum Kranken gerufen werden, diesem, namentlich wenn er an Uebelkeit leidet, ein Brechmittel aus *Rad. Ipecacuanhae* verordnen, und die Wirkung desselben durch reichliches warmes Getränk erhöhen. Die schädlichen Stoffe werden dadurch zuweilen entfernt, das Kind fühlt augenblickliche Erleichterung und verfällt in einen ruhigen Schlaf; es ist indess gerathen, am nächsten Morgen, wenn auch das Kind ganz wohl zu sein scheint, ein tüchtiges Abführmittel aus Kalomel mit Jalape oder Skammonium zu reichen, oder auch eine Dosis *Ol. Ricini*, Salze und Senna, Rhabarber mit Magnesia. Sollten wir nicht frühzeitig genug das Kind in Behandlung bekommen, und die Zeit der Anwendung des Brechmittels schon vorübergegangen sein, so können wir sofort mit den Purganzen beginnen; es ist aber in solchen Fällen gerathen, zuerst das Kalomel allein zu geben, da die Reizbarkeit des Magens es dem Kinde schwer macht, nauseose Mittel bei sich zu behalten; später kann man es dann mit anderen Purganzen verbinden. Klystiere sind dann an ihrer Stelle, wenn die Irritabilität des Magens, oder der Eigensinn eines jungen Kindes, die Anwendung der Abführmittel auf dem gewöhnlichen Wege nicht gestatten. Auch ein warmes Bad kann man verordnen, vorzugsweise bei grosser Unruhe, kann aber auch das Bad, wenn seine Anwendung Schwierigkeiten macht, durch Fomentationen der Füsse und des Unterleibs ersetzen. Dabei lässt man kohlensäurehaltige Getränke oder eine Auflösung von einigen Gran Nitrum, oder auch die fast geschmacklosen Neutralsalze, wie weinsteinsaures oder phosphorsaures Natron, abwechselnd in Limonade oder Gerstenwasser trinken. Das Krankenzimmer muss kühl, still und dunkel sein, der kleine Kranke reichliche kühlende Getränke zu sich nehmen. Auf die Ausscheidung des Darminhaltes folgt in der Regel ein Nachlass der febrilen Paroxysmen; so lange jedoch die Stuhlentleerungen noch fötid und ungesund sind, ist auch der Kranke noch einem Rezidiv des Fiebers ausgesetzt, und die Symptome schwinden auch nicht vollständig. Nehmen die Ausleerungen ein gesundes

Ansehen an, ist ihnen eine gehörige Menge von Galle beigemengt, so können wir den Kranken einige Zeit in Ruhe lassen. Während dieser Zeit trage man Sorge, dass die Nahrungsmittel vollkommen flüssig und von einer Qualität sind, die nicht reizt, und leicht assimilirt wird; Gries, Hafergrütze, Arrow-root, schwache Bouillon, Molken, sind die empfehlenswerthesten Alimente. Dauert das gesunde Aussehen der Exkremente fort, so wird das Fieber wahrscheinlich nicht wiederkehren, und es wird nur nöthig sein, dafür Sorge zu tragen, dass das Kind zu seiner gewöhnlichen Lebensweise und Diät mit der grössten Vorsicht übergeht. Sollten indess die regelmässigen Remissionen des Fiebers wieder eintreten, so muss man die Behandlung wieder beginnen. Nicht selten sind die Därme ausserordentlich hartnäckig, so dass sehr starke Dosen, oder eine häufige Wiederholung der Purgantia erforderlich sind, um die scharfen Stoffe herauszuschaffen.

Immer ist es gut, die Ausleerungen selbst zu besichtigen, sich nicht auf die Aussagen der Pflegerin zu verlassen. Wir müssen ferner auf den Zustand des Unterleibs, ob derselbe voll und hart sei, Rücksicht nehmen, und die Merkmale von Schmerzhaftigkeit, oder auch nur von Empfindlichkeit genau beachten. Vollheit und Härte des Bauches, wohl verschieden von der tympanitischen Auftreibung, die man leicht durch die Perkussion erkennt, fordern zum Gebrauche tüchtiger Purganzen auf, die man in hinreichend langen Pausen verordnet, um nicht den Kranken der Gefahr der Erschöpfung auszusetzen, bis wir von der Reinigung des Alimentarkanals überzeugt sind. Dagegen müssen uns die Zeichen von Schmerzhaftigkeit beim Druck sehr vorsichtig mit dem Gebrauche reizender Abführmittel machen; die sichersten sind dann Rizinusöl oder Neutralsalze, allenfalls auch Kalomel, verbunden mit *Extr. Cicutae*, in kleinen Dosen und kürzeren Intervallen. Dabei fomentire man den Unterleib, und wenn der Schmerz zunimmt und anhaltend wird, so darf man keinen Anstand nehmen, Blutegel anzusetzen, von denen ich bessere Erfolge gesehen habe, als von allgemeinen Blutentleerungen. Die Zahl der Blutegel, so wie die Wiederholung ihrer Applikation, muss dem Alter und Kräftezustande des Kindes, so wie der Intensität der Symptome entsprechen. Viele haben behauptet, die Krankheit sei so erschöpfend und so geneigt chronisch zu werden, dass man Blutentziehungen vermeiden müsse; doch im Allgemeinen wird man finden, dass eine eingreifende Behandlung, frühzeitig in der akuten Form mit Einsicht eingeleitet, am schnellsten den Symptomen Einhalt thut und die Erschöpfung verhütet, die sonst

eine Folge der protrahirten oder chronischen Form ist. Je mehr die Symptome nachlassen, um so kleinere Dosen der empfohlenen Mittel sind nöthig; man kann die Intervalle verlängern, und wenn die Sekretionen wieder ihre gesunde Beschaffenheit angenommen haben, die Zunge rein geworden ist und das Fieber sich gelegt hat, wird es hinreichend sein, einen Tag um den andern eine mässige Dosis Rhabarber mit Magnesia oder schwefelsaurem Kali zu reichen. Zu dieser Zeit kann man auch die Digestion durch leichte vegetabilische Amara, mit Ammonium oder andern Alkalien verbunden, 2 — 3mal täglich gereicht, unterstützen; ich gebe sehr viel auf die mineralischen Säuren, vorzugsweise auf das *Elixir. Vitrioli Mynsichti* (einem unvollkommenen Aether, welcher in früheren Zeiten in atrophischen und Konsumtionskrankheiten grossen Ruf genoss), zu 5 — 30 Tropfen, je nach dem Alter des Kindes. Je mehr der Appetit zurückkehrt, um so mehr muss man die Diät verbessern, aber immer nur allmälig und mit grosser Vorsicht, denn man hat immer zu bedenken, dass der geringste Exzess, die unbedeutendste Vernachlässigung des Darmkanals, sehr leicht ein Rezidiv zur Folge hat.

2. Symptome der chronischen Form.

Die chronische Form des remittirenden Fiebers der Kinder folgt entweder einem akuten Anfall, oder beginnt allmälig auf eine heimtückische Weise, in Folge des längern Fortbestehens oder einer Reihefolge von Ursachen, welche denen der akuten Form im Ganzen ähnlich sind. Die häufigsten Ursachen dieser Form des gastrischen remittirenden Fiebers sind: Fortgesetzter Genuss unpassender Nahrungsmittel, Vernachlässigung des Zustandes des Darmkanals, vielleicht auch Einwirkung einer unreinen, dunstigen oder kalten Atmosphäre, so wie ungenügende Körperbewegung. Dr. Butter (*Op. cit. p.* 33) ist der Meinung, dass beide Krankheitsformen zuweilen epidemisch, ja sogar kontagiös sein können; zu gewissen Jahreszeiten kommen sie, wie bereits oben angeführt worden ist, häufiger vor, und die Ursache davon liegt wohl mehr in den Verhältnissen der Jahreszeit selbst, als in Zuständen der Atmosphäre; niemals habe ich Fälle beobachtet, die man als kontagiös anzusehen berechtigt war, und ich glaube auch, dass diese Ansicht jetzt keine Anhänger mehr hat. Man bemerkt diese Form des gastrischen Fiebers häufig nach den Krankheiten, denen das frühe Kindesalter unterworfen ist, so nach dem Keuchhusten, den Masern, dem Scharlachfieber, oder nach Dentitionsdiarrhöen u. s. w.,

vielleicht hauptsächlich aus dem Grunde, weil im Laufe solcher Krankheiten die Digestionsfunktion oft sehr gestört ist, und weil in der Absicht, die Kräfte wiederherzustellen, eine nährende Diät zu früh und zu reichlich in Anwendung gezogen wird.

Die Symptome gleichen, mit Ausnahme der geringern Intensität, denen der akuten Form; einige treten mehr, andere weniger hervor. Die Fieberparoxysmen sind weniger intensiv, dauern aber länger, und in den Intervallen ist das Kind weniger frei von Irritation; vielleicht findet nicht eine so reichliche Ansammlung von festen Fäkalstoffen im Darmkanal statt, der Geruch derselben ist weniger widrig; oft aber findet sich Diarrhoe ein, und die Farbe der Ausleerungen, mögen sie nun spontan oder durch Mittel hervorgerufen sein, ist unnatürlich, nicht selten sehr dunkel, oder thonartig, oder sie sehen wie dünner Lehm aus. Der Unterleib ist warm, tympanitisch aufgetrieben, die Zunge mit einem dicken weissen Filz bedeckt (die Ränder derselben oft roth und trocken), während der Remissionen aber etwas feucht, wenn auch nicht rein. Die Zähne sind häufig mit schmutzigem Schleim überzogen, und die Lippen wie vertrocknet; die Haut fühlt sich rauh an, und hängt bei der schnellen Abmagerung in Lappen um die Glieder; in sehr chronischen Fällen bekommt das Kind ein förmlich greisenartiges Ansehen. Der Urin ist schmutzig roth, mit einem starken weissen Sediment, namentlich während der Remissionen; der Athem ist nicht fötide, kann aber auch einen schwach widrigen Geruch haben; dabei bemerkt man in der Regel einen kurzen, trocknen Husten, und jene schon oben erwähnte Neigung zum Kratzen in hohem Grade; das Kind kratzt nicht allein seine Lippen, Augenlider, Nase und Finger, sondern alle Theile seines Körpers, die Betttücher, ja selbst das Gesicht der Amme. Findet sich zufällig eine Papel auf der Haut, so wird diese gewöhnlich vorzugsweise zerkratzt, und so entstehen oft Geschwüre, deren Ränder noch mehr gekratzt werden, so dass die Finger des Kindes immer mit Blut befleckt sind. Dies Kratzen und Jucken haben Einige als eins der charakteristischsten Zeichen für die echte Krankheit gehalten; indess habe ich zwei Fälle beobachtet, wo diese Erscheinung in hohem Grade zugegen war, obwohl die Digestionsorgane der Patienten keine merkliche Störung erlitten hatten, sondern diese an einem Empyem starben, welches nach Keuchhusten und damit komplizirter Pneumonie entstanden war. Da dies Kratzen in den Fällen, welche Dr. Underwood als *Febris hectica infantum* beschreibt, einen ausserordentlich hohen Grad erreicht, so kann man es vielleicht als ein

Symptom betrachten, welches den hektischen Zuständen der Kinder, mögen sie nun von Leiden der Lungen, des Darmkanals, oder anderer Organe herrühren, eigenthümlich ist. In den vorgerückten Stadien ist die Missstimmung des Kindes oft sehr gross, oder es liegt auch wohl ganze Stunden lang, ohne von irgend etwas Notiz zu nehmen, schlummert entweder mit halb geöffneten Augen, oder fängt, wenn man es aufweckt, sogleich wieder zu kratzen an. Zu dieser Zeit ist der Appetit oft ausserordentlich stark, und das Kind zeigt sich sehr unwillig, wenn man ihm Nahrung verweigert. In anderen Fällen beobachtet man einen unmässigen Durst, aber Appetitmangel; in wieder anderen ist weder Appetit noch Durst vorhanden, so dass es viel Schwierigkeiten kostet, das Kind zur Annahme einiger Nahrungsmittel zu bewegen, indem es nicht gestört sein will. In noch dringenderen Fällen findet in der Regel irgend eine Komplikation statt, entweder Diarrhoe oder Dysenterie, wobei man die Schleimhaut des Darmkanals entweder erweicht und abgeschabt, oder die Darmfollikeln vergrössert und in Ulzeration übergegangen findet. Noch häufiger findet man, dass die mesenterische Krankheit durch die Weiterverbreitung der Irritation auf die Drüsen entsteht; ist dies der Fall, so wird der Unterleib hart und aufgetrieben, und die Wandungen desselben lassen nicht selten die angeschwollenen Mesenterialdrüsen durchfühlen. Diese Komplikation findet sich besonders in Fällen einer skrophulösen Diathesis, wobei auch tuberkulöse Affektionen der Respirationsorgane nicht selten vorkommen. Todesfälle, ohne dass eine oder die andere dieser Komplikationen stattgefunden hätte, gehören zu den Seltenheiten, und selbst wenn das Kind zum äussersten Grade der Schwäche und Abmagerung heruntergebracht ist, kann durch eine geeignete Behandlung die Gesundheit wieder hergestellt werden.

Behandlung der chronischen Form. Die Mittel gegen die chronische Form des gastrischen remittirenden Fiebers sind nothwendiger Weise denen, welche gegen die akute Form empfohlen worden sind, ähnlich. Man begeht jedoch nicht selten den Missgriff, ein zu eingreifendes Verfahren anzuwenden, namentlich fast an jedem Tage dieser so langwierigen Krankheit scharfe Abführmittel, und selbst starke Dosen Kalomel zu verordnen, wodurch nicht allein die Reizung der Darmschleimhaut bis zu einem furchtbaren Grade erhöht wird, sondern auch die schon angeführten tödtlichen Komplikationen häufig herbeigeführt werden. Es ist nicht ungewöhnlich, Fällen zu begegnen, in denen das Purgiren so weit getrieben wurde, dass Dysenterie entstand,

die sich durch blutige Stuhlentleerungen, die zuweilen mit fibrösen, röhrenförmigen Pseudomembranen vermischt sind, kundgab, und mit dem Tode endete. In anderen Fällen nimmt die Entzündung den Ausgang in Erweichung, Abrasion, oder Ulzeration der Schleimhaut, und selbst Affektion der Mesenterialdrüsen ist, wie man anzunehmen guten Grund hat, durch diesen Missbrauch der Abführmittel herbeigeführt oder wenigstens beschleunigt worden. Nach den von einigen Aerzten aufgestellten Regeln sollte man glauben, dass man in dieser Krankheit nie genug purgiren und schwächen könne; aber gerade bei einer solchen Behandlung tritt jene ausserordentliche Abmagerung und Entkräftung ein, welche gewöhnlich mit dem Tode endet.

Wenn wir guten Grund haben, eine Ansammlung von Stoffen im Darmkanal anzunehmen, so können wir dreist ein tüchtiges Purgans aus Kalomel verordnen; auch dürfen wir dies mächtige Mittel ohne Zagen wiederholt anwenden, wenn durch irgend einen Diätfehler oder andere Versäumniss ein Rückfall oder eine Steigerung der Symptome eingetreten ist. Sind nun die Därme durch Purgantia gehörig gereinigt, so wird man durch mildere Mittel die Sekretion zu verbessern suchen; dazu empfehlen sich: kleine Dosen von Merkurialien, namentlich das *Hydrargyrum cum Creta*, oder Kalomel mit Kalkerde abgerieben, entweder jeden Abend, oder einen Abend um den andern gereicht. Sehr nützlich bewährt sich eine Kombination der Merkurialien mit einem diaphoretischen Mittel, besonders Ipekakuanha, oder bei grosser Unruhe, mit *Pulv. Doweri.* Am nächsten Morgen muss man dann ein mildes Purgans, wie Rizinusöl, *Decoct. Aloës compositum*, Rhabarber mit Magnesia oder *Kali sulphuric.* verordnen. Denman, Underwood, Butter und Pemberton rühmen sämmtlich die letzte Verbindung, indem sie den Indikationen am besten entspreche, die Sekretionen verbessere, die Thätigkeit des Darmkanals und der Nieren anrege, und das Fieber vermindere. Die Dosen müssen natürlich dem Alter und den Kräften des kleinen Patienten angemessen sein, doch sind 2—3 Ausleerungen täglich wünschenswerth; stärkere Wirkungen würden das Kind erschöpfen. Von Zeit zu Zeit gegeben, zeigen sich salinische Mittel von Wirksamkeit, und der Zusatz von *Cicuta*, *Lactucarium* u. dergl. m. mindert nach dem Urtheil der meisten Praktiker die allgemeine Aufregung, beruhigt das Kind, und befördert die Wirkung der anderen Mittel. Oeleinreibungen auf den Unterleib, leicht stimulirende Waschungen, thun oft gute Dienste, und ich habe namentlich von einer stark verdünnten Mischung der Salpeter- und Salzsäure

treffliche Erfolge gesehen. Gegen Abend darf ein warmes Bad nicht verabsäumt werden; es bewirkt Perspiration, und macht auf diese Weise die Oberfläche der Darmschleimhaut frei, beruhigt überdies das Kind und bringt ein gewisses Wohlbehagen in demselben hervor.

Die Diät während der ersten Zeit der Behandlung muss so viel als möglich leicht verdaulich sein, denn im entgegengesetzten Falle macht sie sehr leicht Irritation; aus diesem Grunde empfehle man Gerstenwasser, dünnes Arrow-root, andere Farinosa, und schwache Hühner- oder Kalbfleischbrühe. Findet Durst statt, so gebe man Sodawasser, Wasser mit geröstetem Brod, oder leicht säuerliche Getränke.

Nicht allein die Sekretionen sind in dieser Krankheit ungesund, sondern die digestiven Funktionen scheinen vollkommen suspendirt zu sein, so dass, nach Dr. Pembertons Bemerkung, die Speisen sehr oft entweder ganz unverändert oder in eine faulige Masse umgewandelt durch den Darmkanal gehen, als wenn sie nur der Wärme und Feuchtigkeit, nicht aber dem Digestionsprozesse unterworfen gewesen wären. Aus diesem Grunde müssen wir, sobald die febrilen Symptome sich gelegt haben, die Zunge sich zu reinigen anfängt, und schon gesunde mit Galle gemengte Stoffe ausgeleert worden sind, sehr vorsichtig den Gebrauch solcher Mittel beginnen, die im Stande sind, den Tonus des Magens und der Gedärme zu erhöhen, und die ungesunden Sekretionen zu verbessern und zu entfernen.

In der frühesten Zeit der Besserung habe ich von allen Mitteln die Mineralsäuren als die sichersten erprobt. Das *Inf. Rosarum acidum* kann mit Nutzen angewendet werden, und es wird gut sein, Neutralsalze damit zu verbinden, mit denen sich die Schwefelsäure gut verträgt. Die Salpeter- oder Salzsäure verdienen in mehrfacher Hinsicht den Vorzug, vielleicht weil sie mehr als andere auf die Leber wirken. Eben so ist das *Elixir. Vitriol. Mynsichti* mit Recht anempfohlen worden. Die bitteren Vegetabilien, verbunden mit Rheum oder Aloë und einem Alkali, können in manchen Fällen frühzeitig verordnet werden; indess muss man doch sehr vorsichtig sein, da ein zu früher Gebrauch der tonischen Mittel die Fieberanfälle und den ganzen sie begleitenden Symptomenkomplex leicht wieder hervorruft. Je mehr die Konvaleszenz vorschreitet, um so stärkere Tonika können angewendet werden, wie Chinarinde, Chinin, oder die Eisenpräparate; doch ist es immer noch gerathen, von Zeit zu Zeit Abführmittel, selbst Merkurialien zu verordnen.

Die Diät halte mit der Darreichung der Tonika und der Wiederherstellung der Funktionen des Magens gleichen Schritt; indess beachte man wohl die Qualität und Quantität der Nahrungsmittel. Eine reichlichere Mahlzeit, als die gewöhnliche, ruft oft einen ernstlichen Rückfall hervor, während zu frühzeitiger Genuss einer mehr soliden Diät, oder die geringste Nachlässigkeit in Betreff der Unverdaulichkeit derselben, mit einem Male alle bereits gewonnenen Resultate vernichtet. Noch eine geraume Zeit, nachdem die Konvaleszenz bereits als völlig hergestellt erscheint, müssen diese Vorsichtsmaassregeln beobachtet werden, und das unsinnige Verfüttern durch Eltern und Verwandte, unter dem Vorwande, das arme geschwächte Kind wieder zu Kräften zu bringen, ist eine der häufigsten Ursachen des schlimmen Ausgangs. In dem Stadium der Konvaleszenz muss die Haut vor Kälte und Nässe geschützt werden, beides sehr ergiebige Quellen für Störungen der Digestion, während reine Luft, luftige Zimmer, laue Bäder, zu den wichtigsten Mitteln gehören. Der Nutzen einer Luftveränderung ist gross. Dr. Evanson bemerkt (*Op. cit.*), dass „in der ganzen Behandlung des remittirenden Fiebers nichts merkwürdiger sei, als der Nutzen der Luftveränderung; wir haben oft Kranke beobachtet, die mehrere Wochen an der Krankheit litten, und schon in der Nacht nach dem Tage, an welchem sie 3—4 Meilen von ihrem gewöhnlichen Wohnorte entfernt worden sind, sich eines ruhigen und erquickenden Schlafes erfreuten." (*Library of Medicine by Tweedie.*)

Skrophulöse Peritonitis mit Erguss, von Sir Henry Marsh, nebst Bemerkungen von Dr. Fleetwood Churchill in London.

Die hier mitzutheilenden Beobachtungen sollen zur Beleuchtung einer Krankheitsform dienen, die ich „skrophulöse Peritonitis mit Erguss" nennen will, da mir diese Benennung genauer, als irgend eine andere, das eigentliche Wesen der Affektion zu bezeichnen scheint. Sie kommt unter verschiedenen Umständen bei jugendlichen Personen einer gewissen eigenthümlichen Konstitution vor, und endigt mit einem Erguss, dessen Quantität und Qualität bei den verschiedenen Individuen sehr variiren und auf den Verlauf und den Ausgang der Krankheit einen wesentlichen Einfluss ausüben. Zuweilen tritt sie unter einer akuten Form

auf und durchläuft ihre Stadien sehr rasch; häufiger jedoch sind ihre ersten Symptome sehr dunkel, ihr Verlauf sehr langwierig, und der Erguss erfolgt erst, nachdem sie bereits eine lange Zeit bestanden hat. Oft, wenn die eigentliche Natur der Krankheit früh genug erkannt wird, gelingt es, sie unter einer zweckmässigen, umsichtigen Behandlung zur Heilung zu bringen; unter entgegengesetzten Umständen aber treten die Symptome, wenn auch in Folge der angewandten Mittel etwas gemildert, immer wieder von Neuem auf, und zuletzt erliegen die Kranken endlich den wiederholten Anfällen der Krankheit. Ich erinnere mich nicht, je ein Beispiel dieser Affektion in den ersten Kinderjahren oder nach dem mittlern Lebensalter beobachtet zu haben, indem alle Fälle, die mir in der Praxis vorgekommen sind, Individuen betrafen, welche in dem Alter von 3 oder 4 bis 30 Jahren standen. Die Krankheit entsteht häufig, ohne dass irgend eine wahrnehmbare Ursache eingewirkt hätte, und zuweilen entwickelt sie sich, entweder allmälig oder plötzlich, während des Verlaufs irgend einer anderen Krankheit. Zur Erläuterung derselben will ich nun folgende, theils aus dem Gedächtniss niedergeschriebene, theils nach Notizen, die ich mir während der Beobachtungen gemacht habe, entworfene Krankheitsgeschichten mittheilen.

Ein Mädchen von 13 Jahren, aus einer Familie, deren sämmtliche Glieder Symptome der Skrophulosis darboten, wurde von einem gastrischen Fieber befallen, welches die gewöhnlichen Symptome dieser Affektion zeigte. Am 14ten Tage der Krankheit, nachdem ein gänzlicher Nachlass der febrilen Erscheinungen eingetreten war, wurde die Kranke plötzlich von Leibschmerzen befallen, welche beim Drucke bedeutend zunahmen. Es trat sofort wieder starkes Fieber ein, der Puls wurde ausserordentlich beschleunigt, klein und gespannt, die Haut heiss und trocken, und das Gesicht zeigte den Ausdruck grosser Angst und Schmerzhaftigkeit. Durch warme Fomente, die Applikation einiger Blutegel (denn in diesem Stadium des gastrischen Fiebers hätte die Kranke wohl schwerlich eine stärkere Blutentziehung ertragen) und die innere Anwendung von Kalomel und Opium wurde ein Nachlass der Abdominalschmerzen herbeigeführt. Nichtsdestoweniger nahmen die allgemeinen Symptome immer mehr zu, und nach Verlauf einiger Stunden bot die Kranke alle Zeichen einer an Peritonitis sterbenden Person dar. Das Abdomen begann allmälig anzuschwellen, wurde gespannt, aber durchaus nicht tympanitisch; der Puls war nun so klein, dass er kaum gefühlt, und so äusserst schnell, dass er nicht gezählt

werden konnte; die allgemeine Schwäche hatte den höchsten Grad erreicht, und die Kranke schien mit schnellen Schritten ihrem Ende entgegen zu gehen. Nach Verlauf ungefähr zweier Tage, während welcher man stündlich den Tod erwartet hatte, hatte die Anschwellung des Abdomens bedeutend zugenommen, und man konnte nun ganz deutlich Fluktuation wahrnehmen. Es wurden in verschiedene Theile des Körpers Quecksilber-Einreibungen gemacht und auch innerlich der Gebrauch dieses Metalls fortgesetzt. Die Darmentleerungen wurden während der ganzen Zeit durch Klystiere bewirkt; der Koth war von flüssiger und biliöser Beschaffenheit. Nach einiger Zeit, nachdem die Schmerzen im Unterleibe gänzlich verschwunden waren und die Ausdehnung des Abdomens den höchsten Grad erreicht hatte, wurde der Puls deutlicher und die allgemeine Schwäche weniger gefahrdrohend; die Trockenheit und Rigidität der Haut liess etwas nach, und es stellte sich ein geringer Grad von Salivation ein. Der Harn, welcher bis dahin eine hochrothe Farbe hatte und nur sparsam abfloss, wurde jetzt reichlicher entleert und zeigte einen starken, ziegelmehlartigen Bodensatz. Alle diese Zeichen der Besserung, die Relaxation der Haut, die Vermehrung der Nierensekretion und der geringe Ptyalismus, traten zu gleicher Zeit ein. Allmälig wurde auch der Bauch weniger gespannt, und wie man sich durch Messung überzeugte, nahm er auch an Umfang ab. Während der Resorptionsprozess langsam aber stätig fortschritt, wurde die Kranke durch schleimige Substanzen und Eselinnenmilch ernährt. Der Einfluss des Quecksilbers dauerte in mässigem Grade noch fort, und die febrilen Erscheinungen traten allmälig immer mehr zurück. Am Ende ungefähr des 12ten Tages hatte die Anschwellung des Abdomens bedeutend abgenommen; das Allgemeinbefinden der Kranken besserte sich nun mit jedem Tage, und zuletzt blieb auch von dem Ergusse keine Spur zurück. Das Mädchen ist jetzt, 4 Jahre nach jener Krankheit, ziemlich gesund, die Darmfunktionen gehen ganz regelmässig von Statten, der Appetit und die Verdauung sind gut; jedoch sieht sie blass und zart aus, und ihre Pflege erfordert mehr als gewöhnliche Sorgfalt und Aufmerksamkeit. Vor einigen Monaten war sie von einem katarrhalischen Fieber befallen worden, welches hartnäckig allen Mitteln widerstand und zuletzt in einen langwierigen Lungenkatarrh ausartete, so dass man ernstlich besorgt war, es möchte Phthisis eingetreten sein. Sie ist indessen jetzt von allen Symptomen einer Lungenaffektion frei, und erfreut sich

eines Grades von Gesundheit, wie er überhaupt denjenigen zu Theil wird, die von Natur zarter und schwächlicher Konstitution sind.

Folgender Fall, den ich vor ungefähr 5 oder 6 Jahren beobachtet habe, ist in vielen seiner Züge dem eben mitgetheilten sehr ähnlich, allein er war von noch akuterem Charakter und schnellerem Verlaufe als dieser. Ein junger Mann von 19 Jahren, aus einer Familie, deren sämmtliche Glieder von verschiedenen Formen der Skrophulosis heimgesucht waren, litt seit 4 Wochen an einem gastrischen Fieber, an dem auch alle seine Brüder und Schwestern, deren er mehrere hatte, daniederlagen. Sie waren alle in der Mitte des Monats Juli, der sich durch grosse Hitze auszeichnete, von diesem Fieber befallen worden, welches sich bei allen durch profuse Schweisse, eben solche Diarrhoe und sukzessive entstandene Gruppen von Aphthen im Munde und Rachen charakterisirte. Gerade um die Zeit, als die Rekonvaleszenz eintrat, und der Kranke von dem überstandenen Fieber bedeutend geschwächt und abgemagert war, wurde er von leichten, ziehenden Schmerzen im Unterleibe befallen, die nicht nur jedem Mittel, das man unter den obwaltenden Umständen nur anwenden konnte, widerstanden, sondern allmälig noch bedeutend zunahmen; dabei wurde die Haut heiss und trocken, der Harn sparsam, und der Puls klein und äusserst frequent. Nach ungefähr 36 Stunden trat eine Anschwellung des Abdomens ein, und einige Stunden später war an der Existenz einer Fluktuation nicht mehr zu zweifeln. Gleich vom Beginn dieses Anfalles an war der Kranke äusserst unruhig und hatte durchaus keinen Schlaf; bald darauf traten Delirien ein, die Kräfte sanken schnell, und einige Stunden, nachdem die Fluktuation wahrgenommen war, verschied er. Merkwürdig ist es, dass der Bruder dieses jungen Mannes gerade in demselben Stadium des gastrischen Fiebers von Schmerzen der linken Brust, Dyspnoe, wiederholten Fieberbewegungen befallen wurde, und dabei über grosse Mattigkeit und Schwäche klagte. Die Untersuchung der betreffenden Brustseite ergab einen matten Perkussionston und Abwesenheit des Respirationsgeräusches über der Basis der linken Lunge. Allmälig nahm der Erguss immer mehr zu, bis denn zuletzt die ganze linke Brusthälfte erweitert erschien, und das Herz in dem Grade aus seiner Lage verdrängt war, dass man die Pulsationen desselben an der rechten Seite des Sternums deutlich sehen konnte. Der Kranke schwebte mehrere Tage lang in der grössten Gefahr; alsdann nahm die Heftigkeit der Symptome allmälig ab, unter einer Behandlung, welche in der Anwendung von Gegenreizen und

häufig wiederholten Einreibungen von Jod-Quecksilbersalbe bestand. Die Resorption schritt langsam, aber stätig fort, und nach Verlauf einiger Wochen war die Brust wieder auf ihren normalen Umfang reduzirt und der Herzschlag konnte beinahe nur noch an der gewöhnlichen Stelle gefühlt werden. Zuletzt fiel die linke Brusthälfte ein, und der Kranke, welcher jetzt ziemlich gesund ist, hat seitdem eine Kontraktion des Thorax und eine leichte Krümmung des Rückgraths zurückbehalten. Wir sehen also bei beiden Brüdern gegen das Ende eines gastrischen Fiebers eine exsudative Entzündung einer serösen Membran entstehen; bei dem einen ist es das Peritonäum, bei dem andern die Pleura, bei beiden erfolgte ein reichlicher Erguss, aber der eine, durch das vorangegangene Fieber weit mehr angegriffen und erschöpft, als der andere, erliegt der Krankheit, während dieser vollkommen wieder hergestellt wird; die charakteristischen Züge der Affektionen waren bei beiden dieselben, mit alleiniger Ausnahme derjenigen Modifikationen, die durch den verschiedenen Sitz bedingt wurden. Hierbei will ich bemerken, dass ein pleuritischer Erguss im Allgemeinen weniger gefährlich, aber, so weit meine Erfahrung reicht, weit häufiger ist, als ein Erguss innerhalb der Bauchhöhle. Uebrigens sind dieses nicht die einzigen Beispiele von exsudativer Entzündung seröser Membranen, die ich während des Verlaufs oder gegen das Ende lange hingezogener Fieber beobachtet habe. Dieselbe ist unter solchen Umständen stets von grosser Gefahr begleitet, und erfordert die behutsamste und umsichtigste Behandlung. Die durch das vorangegangene Fieber bedingte Verminderung der Lebenskräfte schliesst entweder die Blutentziehung gänzlich aus, oder gestattet die Anwendung dieses Mittels doch nur in einer sehr beschränkten und vorsichtigen Weise. Blasenpflaster, in der Art angewendet, dass sie einen so reichlichen, wässerigen Ausfluss wie möglich erzeugen, und Quecksilber, besonders die äussere, bis zur Entstehung einer Salivation fortgesetzte Anwendung desselben, sind die wirksamsten Mittel gegen diese Affektion. Uebrigens muss man, so gefahrdrohend die Symptome auch scheinen mögen, und so oft in der That auch alle angewandten Mittel den Tod nicht abzuhalten im Stande sind, dennoch, so lange die Kräfte nicht aufs Aeusserste gesunken sind, nicht alle Hoffnung einer vollkommenen Wiederherstellung aufgeben.

Es ist höchst wahrscheinlich, dass in Entzündungsfällen dieser Art, welche während oder nach einem langwierigen Fieber vorkommen, während dessen das Blut verändert und verschlechtert wird, die ergossene

Flüssigkeit sehr dünn und wässerig ist, nur wenig oder gar nichts von den solideren Bestandtheilen des Bluts enthält und daher einer vollständigen Resorption fähig ist. Und in der That ist aller Grund vorhanden zu glauben, dass in diesen Fällen — wie überhaupt bei jedem dünnflüssigen, wässerigen Ergusse — der grösste Theil des ergossenen Fluidums durch Resorption entfernt wird, und nur einige wenige leichte Adhäsionen zurückbleiben; und dass die seröse Membran in vielen solchen Fällen nur wenig oder gar nicht verdickt und nur selten von jenen festen und dichten pseudomembranösen Schichten überzogen wird, die man so häufig nach anderen Formen der Pleuritis und Peritonitis beobachtet.

Die beiden vorhergehenden Fälle waren Beispiele der akuten Form der hier in Rede stehenden Krankheit; wir wollen nun einige Beobachtungen mittheilen, wo dieselbe einen mehr chronischen Verlauf nahm, und mit einer bereits früher vorhanden gewesenen Krankheit nicht verbunden, noch auch auf eine solche gefolgt war. Der erste Fall dieser Art, den ich zu beobachten Gelegenheit hatte, kam in der ersten Zeit meiner ärztlichen Praxis vor, wo ich mit dem eigentlichen Wesen der Krankheit noch nicht bekannt war; jedoch hat derselbe einen mächtigen und dauernden Eindruck auf mich gemacht. Die Kranke war ein junges Mädchen von 16 Jahren, welche wegen mangelnden Wachsthums noch alle Merkmale der Kindheit an sich trug. Sie war bereits mehrere Wochen, ehe ich sie sah, unwohl gewesen, jedoch schienen die Symptome so unbedeutend zu sein, dass man es nicht für nöthig hielt, sie irgend einer ärztlichen Behandlung zu unterwerfen. Als ich sie besuchte, fand ich sie bereits ziemlich abgemagert, mit etwas aufgetriebenem Unterleibe, der an verschiedenen Stellen beim Drucke einige Empfindlichkeit zeigte, nirgend aber schmerzhaft war; auch war eine mit kneipenden Schmerzen verbundene Diarrhoe vorhanden, die sich in unregelmässigen Intervallen von 2 bis 3 Tagen einstellte, und von der Art war, dass die Kranke zwar sehr häufig zu Stuhle gehen musste, aber immer nur eine geringe Quantität flüssiger und gelber Materie entleerte. Dabei empfand sie fortdauernd, wenn auch keinen heftigen, Durst; der Puls war stets beschleunigt, indem er in den verschiedenen Tageszeiten zwischen 90 und 100 variirte; der Harn floss nur sparsam ab, und war hochroth gefärbt; der Appetit lag gänzlich danieder, und die Kräfte hatten bedeutend abgenommen. In diesem Zustande verharrte die Kranke mehrere Wochen lang; es trat öfter ein temporärer Nachlass der Symptome

ein, jedoch gelang es keinem Mittel, sie dauernd zu beseitigen. Allmälig magerte die Kranke immer mehr ab, und während einer langen Zeit nahm der Umfang des Abdomens langsam, aber ununterbrochen zu, ganz in derselben Weise, wie während der Schwangerschaft, bis man zuletzt eine deutliche Fluktuation wahrnehmen konnte. Ungefähr um die Zeit, als die Anschwellung des Unterleibes den höchsten Grad erreichte, erlitt der Charakter des begleitenden Fiebers eine Veränderung, indem er sich jetzt in den einer *Febris hectica* umwandelte; jeder tägliche Paroxysmus endigte mit einem allgemeinen Schweisse. Nachdem das Abdomen mehrere Wochen lang in dem angeschwollenen und fluktuirenden Zustande verharrt hatte, trat, in Folge des innerlich und äusserlich angewendeten Quecksilbers, eine mässige Salivation ein und mit dieser eine Vermehrung sämmtlicher Sekretionen, namentlich begann der Harn sehr reichlich abzufliessen, so dass bald eine merkliche Abnahme der Abdominalgeschwulst erfolgte, wie man sich durch Messung überzeugen konnte. Hierauf schritt die Resorption langsam, aber stätig fort, bis denn zuletzt nur noch eine geringe oder gar keine Spur des Ergusses wahrzunehmen war; jedoch behielt das Abdomen einen geringen Grad von Härte und Spannung bei, wahrscheinlich in Folge einer Verdickung des Peritonäums. Vom ersten Beginn der Krankheit bis zum Eintritt einer dauernden Rekonvaleszenz waren nicht weniger als 11 Monate verstrichen, und während einer Periode der Krankheit waren die Symptome so gefährlicher Art, dass man nur wenig Hoffnung für die Wiederherstellung der Kranken hatte. — Die Behandlung dieses jungen Mädchens bestand anfangs in kleinen örtlichen Blutentziehungen und schmerzstillenden Fomenten; dabei wurden innerlich blaue Pillen mit Opium in kleinen Dosen gegeben, um theils die Intestinalreizung zu mässigen, theils die schmerzhafte und erschöpfende Diarrhoe zu sistiren; zu demselben Zwecke wurden zuweilen auch schmerzstillende Klystiere angewendet. Hierauf wurden Blasenpflaster in verschiedener Grösse auf das Abdomen applizirt, und innerlich solche Diuretika angewendet, wie sie der schwache und gereizte Magen vertragen konnte. Zuletzt wurden noch Merkurial-Einreibungen gemacht, bis sich ein mässiger Speichelfluss eingestellt hatte, mit welcher letztern Erscheinung sofort eine Besserung in allen Symptomen eintrat. Die Diät bestand fast ausschliesslich aus flüssigen und schleimigen Substanzen; die Eselinnenmilch, welcher eine geringe Quantität Kalkwasser zugesetzt war, wurde vom Magen am besten vertragen, und bildete mehrere Monate lang die Hauptnahrung. Eine

Wohnungsveränderung, die man der Kranken, als die grösste Gefahr vorüber war, verordnete, und in Folge deren sie eine längere Zeit hindurch der reinen frischen Landluft genoss, hatte eine entschieden günstige Wirkung zur Folge. Obgleich noch schwach, war sie doch so weit wieder hergestellt, dass sie über den Kanal gehen und in kurzen Tagereisen durch die südlichen Grafschaften Englands reisen konnte, wo sie sich mehrere Monate aufhielt und zusehends an Gesundheit und Stärke zunahm. Ungefähr ein Jahr nach ihrer Rückkehr in die Heimath wurde sie von der asiatischen Cholera befallen, welche zu der damaligen Zeit in Irland herrschte und die grössten Verherrungen anrichtete. Da ihre noch immer schwächliche Gesundheit sie alle Gesellschaft vermeiden liess, so konnte sie sich ausserhalb ihrer Wohnung keiner Ansteckung ausgesetzt haben, in ihrem eigenen Hause aber war weder damals, noch später irgend ein anderes Individuum von der Cholera befallen worden; ja, so weit ich in Erfahrung bringen konnte, war in der ganzen Strasse, in welcher sie wohnte, kein Fall dieser Krankheit vorgekommen. Nichtsdestoweniger fand ich sie, nachdem sie erst 3 Stunden vorher zu brechen und purgiren angefangen hatte, pulslos, kalt und ganz blau. Einige Stunden darauf starb sie, ohne Schmerz und ohne Krämpfe. Die Sektion wurde nicht gestattet.

Folgender Fall liefert ein zweites Beispiel von der chronischen Form der skrophulösen Peritonitis.

Mrs. W., 22 Jahre alt, seit 4 Jahren verheirathet, Mutter zweier Kinder, deren jüngstes beinahe 2 Jahre alt ist, litt seit einiger Zeit an einer Abdominalaffektion. Als ich sie zum erstenmale besuchte, fand ich sie blass und abgemagert, und in einem Zustande grosser Unruhe und Angst im Zimmer auf und ab gehen, und durchaus unfähig eine vollkommen aufrechte Stellung zu behaupten. Ihr Unterleib hatte einen solchen Umfang, dass man auf die Vermuthung kommen konnte, sie befinde sich wenigstens im 6ten Monate der Schwangerschaft, was sie und ihre Freundinnen in der That fest geglaubt hatten. Da jedoch ihr Hausarzt hierüber einige Zweifel äusserte, so wurde ich zu Rathe gezogen. Sie hatte seit einiger Zeit ihren Appetit gänzlich verloren, litt fortdauernd an brennendem Durst, Fieberhitze, flüchtiger Röthe des Gesichts, und einer profusen und schmerzhaften Diarrhoe. Eine Untersuchung des Abdomens liess eine deutliche Fluktuation und beim Drucke überall Empfindlichkeit wahrnehmen. Der Puls war 120, die Haut heiss, der Harn sparsam und geröthet, die Kräfte bedeutend

gesunken; es war eine allgemeine, ziemlich bedeutende Abmagerung zugegen, an der auch die Mammen Theil nahmen. Die Kranke hatte, wie bereits erwähnt, seit mehreren Wochen über Unwohlsein geklagt, jedoch waren die Symptome so langsam und unmerklich herangeschlichen, dass sich der eigentliche Beginn der Krankheit nicht genau ermitteln liess; auch konnte die Kranke keine Ursache angeben, aus welcher sich dieselbe vernünftiger Weise hätte herleiten lassen. Es wurde ihr angerathen, das Bett zu hüten, und feste Speisen, zu deren Genuss sie sich bis dahin gezwungen hatte, gänzlich zu vermeiden. Ausserdem wurden an denjenigen Stellen des Abdomens, an welchem sich beim Drucke die grösste Empfindlichkeit kund gab, wiederholentlich Blutegel gesetzt, häufig auch mit Nutzen schmerzstillende Fomente gemacht, und dann nach und nach über die ganze Ausdehnung des Unterleibes Blasenpflaster gelegt. Die Diarrhoe hörte bald auf, und einige Zeit nachher wurde es sogar nöthig, um Stuhlgang zu bewirken, gelind eröffnende Mittel anzuwenden; auch die Fieberhitze nahm nach einigen Tagen ab, die Haut wurde weicher und der Puls weniger gespannt. Es wurden nun Quecksilber-Einreibungen gemacht und innerlich Digitalis mit Nitrum in kleinen, oft wiederholten Dosen verordnet. Das Quecksilber äusserte eine günstige Wirkung, obgleich eigentliche Salivation nicht eintrat. Das Fieber, das im geringern Grade noch täglich wiederkehrte, endigte stets mit einem allgemeinen Schweiss, der an den oberen Theilen des Körpers besonders reichlich war. Die Anschwellung des Abdomens verminderte sich langsam, aber progressiv, und nach Verlauf einer längeren Zeit war dieselbe beinah ganz verschwunden, und nur an einigen Stellen des Unterleibes einige dunkel zu fühlende rundliche Geschwülste zurückgeblieben, von denen eine, welche am unteren Theile der *Regio epigastrica* ihren Sitz hatte, sich wie ein angeschwollener Uterus anfühlen liess. Allmälig verschwanden auch diese Geschwülste, und nach Verlauf von 10 Monaten konnte man durch das Gefühl nichts Abnormes mehr am Abdomen entdecken. Nach und nach erlangte auch die Kranke ihre frühere Stärke und Fülle wieder, und endlich konnte man ihre Genesung nach dieser langwierigen und schmerzhaften Affektion für vollständig erklären. Während der letzten 3 Jahre hat sie sich einer so vollkommenen Gesundheit erfreut, wie nur je zuvor, nur dass die Menses nie wieder erschienen sind.

Bemerken muss ich noch, dass diese Dame während ihrer Kindheit an einer skrophulösen Entzündung der Halsdrüsen gelitten hatte,

von denen eine in Eiterung übergegangen war, in Folge deren an der betreffenden Stelle die gewöhnliche, charakteristische Narbe zurückgeblieben ist. Auch darf ich nicht unerwähnt lassen, dass in der letzten Zeit der Krankheit, als die febrilen Erscheinungen bereits gänzlich nachgelassen hatten, das Jod in verschiedenen Formen, sowohl äusserlich als innerlich, reichlich in Anwendung gezogen worden ist, und zwar mit entschieden günstigem Erfolg.

N. N., ein Knabe von 13 Jahren, war bereits mehrere Wochen bevor ich ihn sah, krank gewesen, und als er zu mir gebracht wurde, bot er folgende Symptome dar: Ausserordentliche Blässe, Magerkeit, einen hohen Grad von Schwäche, beschleunigten Puls, Durst, Anorexie, Diarrhoe; beim Sitzen beugte er den Oberkörper nach vorn über, und er war, wegen Schmerzhaftigkeit und Spannung des Abdomens, welches sich stark aufgetrieben und fluktuirend zeigte, durchaus nicht im Stande, eine aufrechte Stellung zu behaupten. Es wurden örtliche Blutentziehungen vorgenommen, Blasenpflaster gelegt und Merkurial-Einreibungen gemacht, bis sich eine mässige Salivation einstellte. Unter dieser Behandlung schwanden allmälig alle Symptome. Der Knabe blieb noch lange Zeit schwach und mager, jedoch ist er jetzt, 3 Jahre nach jener Krankheit, in jeder Beziehung vollkommen gesund. Er gehört ebenfalls einer durch und durch skrophulösen Familie an.

Vor ungefähr 3 Jahren beobachtete ich einen höchst exquisiten Fall dieser Affektion bei einer jungen Frau von 20 Jahren, bei der die ersten Symptome denjenigen ganz ähnlich waren, die ich eben beschrieben habe; allein der Verlauf der Krankheit war hier ein anderer, indem nach dem Verschwinden der febrilen Erscheinungen keine Verminderung der Abdominalanschwellung eintrat. Als ich die Frau zum ersten Male sah, war ihr Puls ruhig, ihr Appetit und ihre frühere Stärke waren wieder zurückgekehrt, die allgemeine Abmagerung hatte einer üppigen Fülle Platz gemacht, und sie schien sich überhaupt in einem ganz vortrefflichen Gesundheitszustand zu befinden; allein der Unterleib hatte fortdauernd einen solchen Umfang, wie er ihn kaum je in dem letzten Monate der Schwangerschaft erreicht, überdies war er gespannt und liess überall deutliche Fluktuation fühlen. Kein Mittel war im Stande, auch nur eine theilweise Resorption der ergossenen Flüssigkeit zu bewirken, und die Kranke ist bis auf diese Stunde im Genuss einer vollkommenen Gesundheit geblieben, ohne dass sich der enorme Umfang ihres Abdomens auch nur im Geringsten vermindert hätte, wie man sich durch wiederholte Messungen überzeugt hat.

Es entsteht nun die Frage, ob man in diesem Falle behufs der Entleerung der Flüssigkeit zu einer Operation schreiten solle oder nicht. Wenn ich die Länge der Zeit erwäge, während welcher der Erguss besteht, wenn ich ferner erwäge, dass sich die Baucheingeweide bereits an diesen Zustand gewöhnt haben, dass die mesenterischen Drüsen ganz gesund zu sein scheinen, dass die Funktionen der Verdauungsorgane vollkommen normal von statten gehen, und dass endlich keine Art von Respirationsbeschwerden vorhanden ist: so gestehe ich, dass ich unter solchen Umständen sehr abgeneigt sein würde, zu einer Operation zu schreiten, deren mögliche Folgen sich im Voraus nicht berechnen lassen. Hierzu kommt noch, dass man, sowohl vermöge der Natur der Krankheit, als auch wegen des Gefühls, welches der Hand bei einer sorgfältigen Untersuchung des Abdomens mitgetheilt wird, allen Grund zu glauben hat, dass eine Verdickung des Peritonäums vorhanden ist, und dass man ferner mit der grössten Wahrscheinlichkeit annehmen kann, dass zwischen den Därmen und dem Parietalblatte des Peritonäums Adhäsionen existiren, — Umstände, welche keineswegs die Anwendung der Punktion räthlich machen. Würde sich die Quantität der angesammelten Flüssigkeit noch vermehren, so dass Respirationsbeschwerden und andere Störungen der vitalen Funktionen eintreten, dann würde diese Operation, so ungünstig die Umstände für dieselbe auch sein mögen, eine gebieterische Nothwendigkeit sein.

Miss F., 8 Jahre alt, war bereits seit mehreren Wochen, während deren sie sich auf dem Lande aufhielt, krank gewesen, und wurde nun nach der Stadt gebracht, um hier ärztlich behandelt zu werden. Als man sie in mein Zimmer brachte, bemerkte ich, dass sie sehr gebückt einhergehe, indem ihr Rumpf mit den Unterschenkeln beinahe einen rechten Winkel bildete, und sie eine aufrechte Stellung anzunehmen nicht vermochte. Sie war blass, äusserst schwach und sehr abgemagert, litt an Anorexie und häufigen Anfällen von Diarrhoe; ihre Haut war zusammengezogen und trocken, zuweilen auch kalt; öfter stellten sich auch stärkere oder geringere Frostschauer ein. Bei der Untersuchung des Unterleibes fand ich denselben beträchtlich angeschwollen, deutlich fluktuirend, und beim Drucke schmerzhaft. Diese Anschwellung des Abdomens bildete einen grellen Kontrast mit der skelettartigen Magerkeit der Brust und der Extremitäten. Die Respiration war beschleunigt und etwas keuchend, obgleich sonst kein Symptom irgend einer Lungenaffektion zu entdecken war; der Puls war frequent, klein

und zusammengezogen, im Gesichtsausdruck gab sich tiefes Leiden und grosse Angst kund; die kleine Kranke war mürrisch, sehr reizbar und eigensinnig. Wenn sie sich im Bette befand, behauptete sie stets eine Rückenlage mit in die Höhe gezogenen Knieen, indem sie in dieser Lage, wie sie sagte, am wenigsten Schmerz empfand. Es wurden wiederholentlich kleine Blasenpflaster gelegt und Einreibungen von Jod-Quecksilbersalbe gemacht, und ihr zur Nahrung fast ausschliesslich Eselinnenmilch mit Kalkwasser gegeben, und wenn sie ja eine andere Speise zu sich nahm, so war diese von der leichtesten, meist schleimiger Art. Mehrere Tage lang schien die Behandlung auf den Stand der Krankheit nicht den geringsten Einfluss auszuüben; endlich aber wurde das Zahnfleisch leicht angeschwollen, und begann das Quecksilber auf den ganzen Organismus überhaupt seine Wirkung zu äussern. Es trat nun eine sehr kopiöse Harnsekretion ein, und nach einigen Tagen hatte die Anschwellung des Abdomens bedeutend abgenommen, obgleich noch immer ein ziemlich hoher Grad von Spannung und Rigidität zurückblieb. Die Kranke war nun im Stande, eine aufrechte Stellung zu behaupten, und ohne Schmerz oder sonst ein unangenehmes Gefühl umherzugehen. Nach und nach nahmen auch ihre Kräfte in dem Grade zu, dass sie nach der, ungefähr eine Viertel- (englische) Meile von ihrer Wohnung entfernt liegenden Kirche zu gehen im Stande war, und man sich der zuversichtlichen Hoffnung hingeben konnte, sie endlich ganz wiederhergestellt zu sehen; indessen blieb sie fortdauernd blass und mager, obgleich sie sehr reichliche und kräftige Nahrung zu sich nahm und in jeder Beziehung sich besser zu befinden schien. So standen die Dinge, als sie plötzlich von heftigen Unterleibsschmerzen und Erbrechen befallen wurde; dabei war ihr Puls, der beinahe wieder seine normale Frequenz angenommen hatte, äusserst schnell, klein und unregelmässig, und bald trat auch eine völlige *Prostratio virium* ein. In diesem Zustande verharrte sie noch einige Tage und starb dann nach einer sehr langen und schmerzhaften Agonie.

Dreissig Stunden nach dem Tode wurde von Dr. Hill die Leichenöffnung vorgenommen. Die Extremitäten und die oberen Theile des Stammes waren ausserordentlich abgezehrt, der Unterleib gespannt und aufgetrieben. Nach der Eröffnung der Bauchhöhle konnte man nur mit grosser Mühe die Oberfläche der Därme blosslegen, da diese durch starke Adhäsionen mit den Bauchwandungen fest verwachsen waren. Das Bindemittel bestand aus einer äusserst dicken Schicht

einer pseudomembranösen Substanz, welche an einigen Stellen fast von knorpelartiger Dichtigkeit und Härte, an anderen wieder sehr weich war, und kleine umschriebene Ablagerungen einer geronnenen Materie enthielt. Durch jene Substanz waren nicht nur das Viszeral- und Parietalblatt des Peritonäums, sondern auch die einzelnen Darmwindungen längs des grössten Theils des Darmkanals unter einander verwachsen. Als man das *Colon ascendens* blosslegen wollte, und die Adhäsionen mittelst des Skapellstiels vorsichtig trennte, entdeckte man eine weite Höhle, welche sich vom oberen Theil der rechten Lumbargegend bis in die entsprechende *Fossa iliaca* erstreckte. Diese Höhle lag zwischen den beiden Blättern des Peritonäums, war von einer weichen, geronnenen, graulich-weissen Substanz ausgekleidet und enthielt ungefähr $\frac{1}{2}$ Pinte dünnen, mit Fragmenten einer geronnenen Substanz vermischten Eiters. Bei der Trennung der Adhäsionen an der linken Seite des Bauches kam eine zweite umschriebene Höhle zum Vorschein, aus welcher eine dunkelbraune Flüssigkeit, die einen sehr deutlichen Kothgeruch hatte, in einem dicken Strahl ausfloss. Diese Höhle lag ebenfalls zwischen dem Parietalblatt des Peritonäums und der vorderen Fläche der Därme, und erstreckte sich von der grossen Kurvatur des Magens bis in das Becken herab, so jedoch, dass sie, wie bereits erwähnt, mehr die linke Hälfte der Bauchhöhle einnahm. Sie war von einer geronnenen Substanz von sehr beträchtlicher Dicke ausgekleidet, deren innere, der Höhle zugewandte Fläche eine bräunliche Färbung zeigte. Nachdem man den Inhalt dieser Höhle mittelst eines Schwammes entfernt hatte, trat bei einem von oben nach unten angebrachten Drucke aus dem unteren Theile des Kolons Fäkalmasse hervor; jedoch konnte wegen der Stärke und Dicke jener Substanz, welche fast sämmtliche Därme gleichsam zu einem wirren Knäul mit einander vereinigte, die Lage der Oeffnung nicht genau ermittelt werden. Als man einen Theil des Dickdarms herausnahm und aufschnitt, erschien die Schleimhaut verdickt, aufgelockert und sehr gefässreich; die Schleimdrüsen waren bedeutend angeschwollen, mehrere derselben zu einer breiartigen Masse erweicht, und hier und da zeigten sie geschwürige Stellen. Die übrigen Bauch- und Beckeneingeweide schienen gesund; dasselbe war auch mit den innerhalb des Thorax befindlichen Organen der Fall.

Es waren in diesem Falle von dem ersten dunkeln Auftauchen der Krankheit bis zu ihrem unglücklichen Ende volle 8 Monate verstrichen. Das Kind war bereits mehrere Wochen, bevor ich es sah, krank gewesen, und als dies geschah, war die Quantität der ergossenen

Flüssigkeit bereits sehr beträchtlich. Später trat allmälig eine Resorption ein, in Folge deren die Anschwellung des Unterleibes bedeutend abnahm; jedoch konnte man aus der Spannung und Härte dieses letzteren, so wie aus dem Ansehen und dem Allgemeinbefinden der Kranken schliessen, dass noch ein grosser Theil des Ergusses unresorbirt geblieben war. Und in der That ergab die Sektion, dass, während die flüssigen Theile des Exsudats durch Aufsaugung entfernt worden waren, die solideren Theile sich zu einer Pseudomembran von verschiedener Konsistenz gestaltet und eine feste Verbindung zwischen beiden Blättern des Peritonäums vermittelt hatten. Während des letzten tödtlichen Krankheitsanfalles hatte offenbar ein neuer und zwar reichlicher Erguss stattgefunden, und es kann keinem Zweifel unterliegen, dass die Perforation des Dickdarms, das Resultat wahrscheinlich einer vorangegangenen Ulzeration, die unmittelbare Ursache des plötzlichen Todes gewesen sei.

Dieser Fall bestätigt wiederum den allgemeinen Satz, dass bei Entzündungen seröser Häute die Prognose in Bezug auf gänzliche Wiederherstellung der Kranken hauptsächlich von der Beschaffenheit des Ergusses abhängt. Ist dieser dünn und wässerig, so kann der Resorptionsprozess eine vollständige Heilung bewirken, indem keine andere Spur der vorhanden gewesenen Krankheit zurückbleibt, als höchstens einige wenige, dünne, schwache, faden- oder bandartige Adhäsionen; besteht er aber ausser dem flüssigen Theile auch noch aus einer beträchtlichen Quantität solider Exsudationsmasse, so leuchtet es ein, dass diese nicht resorbirt werden kann, sondern sich auf der Oberfläche der entzündet gewesenen serösen Haut zu einer Pseudomembran gestaltet, die zuweilen die Dichtigkeit und Festigkeit des Knorpels, ja selbst der Knochensubstanz annimmt und so permanent zurückbleibt; und in diesem Falle kann höchstens eine partielle, unvollständige Genesung erwartet werden.

Bemerken muss ich noch, dass die Eltern dieses Kindes sehr skrophulös sind, und die Geschwister desselben die Diathese dieser Dyskrasie in verschiedenen, aber deutlich ausgeprägten Zügen darbieten; auch war die nach dem Tode in der Leiche gefundene eiterartige Materie derjenigen ganz ähnlich, die man in skrophulösen Abszessen findet.

(Schluss im folgenden Hefte.)

II. *Analysen und Kritiken.*

Handbuch der Kinderkrankheiten, nach Mittheilungen bewährter Aerzte, herausgegeben von Dr. A. Schnitzer und Dr. B. Wolff. Leipzig 1843. 2 Th., 8.

Wir begrüssen in dem vorliegenden Werke eins der vollständigsten, welches in neuerer Zeit über Kinderkrankheiten geschrieben worden ist. An Umfang wird es allerdings durch das bändereiche Werk von Rilliet und Barthez übertroffen, welches aber trotz dessen nicht die Vollständigkeit des vorliegenden besitzt, indem es nach dem Urtheile der Franzosen selbst, nicht sowohl den Titel *„Traité des maladies des enfans"* als vielmehr den eines *„Traité des maladies de l'Hôpital des enfans"* verdient.

Das vorliegende Handbuch der Kinderkrankheiten zu kritisiren, wäre ein Ding der Unmöglichkeit; denn die Kritik würde weniger die Ansichten und Erfahrungen der Herausgeber, als vielmehr die ihrer Gewährsmänner treffen. Die Verfasser selbst geben zu, dass das vorliegende Werk nicht auf eigene Forschungen gestützt ist, dass es ihnen aber weniger darum zu thun war, glänzende, geistreiche Hypothesen, als bereits feststehende Thatsachen an einander zu reihen. Es lässt sich zwar nicht leugnen, dass durch Berücksichtigung so vieler Autoritäten das Material sich in Menge angehäuft hat, und dass dadurch die Beschreibung einzelner Krankheiten, namentlich in nosologischer und therapeutischer Hinsicht, zu weitläufig geworden ist, um dem Anfänger ein vollkommen klares Bild der Krankheit vor Augen zu führen (ein Fehler, an welchem beiläufig mehrere unserer neuesten und sonst trefflichen Handbücher der speziellen Pathologie und Therapie leiden); indess wird durch die Vollständigkeit des Inhalts, so wie durch den Fleiss und die Umsicht, mit welcher derselbe zusammengestellt worden ist, dem Werke sein Werth gesichert, und die Herren Verfasser sind vollkommen zu der Hoffnung berechtigt, dass es von Studirenden und Aerzten nicht als eine unwillkommene Erscheinung aufgenommen werden wird.

Nach einer längeren Einleitung, welche Bemerkungen über allgemeine Pathologie und Therapie des kindlichen Organismus enthält, geben die Verf. zum ersten Abschnitt über, welcher die Krankheiten der ersten Periode des Kindesalters umfasst. Dahin gehören

die Krankheiten der Neugeborenen als Folge des Geburtsaktes und der damit verknüpften Veränderungen (z. B. Scheintod, Cephalämatom, *Icterus neonatorum* u. s. w.), ferner die Krankheiten der Neugeborenen als Folge von Krankheitsprozessen des Foetus (z. B. die Hasenscharte, *Spina bifida*, die verschiedenen Hernien, die abnormen Verwachsungen und Verschliessungen, die Cyanose u. a. m.); endlich die Krankheiten der Neugeborenen, welche sich nach der Geburt entwickeln, und welche wieder in sechs Unterabtheilungen zerfallen:

1) Entzündungen.

2) Krampfhafte Krankheitsformen. Mit Vorliebe finden wir hier den *Trismus neonatorum* abgehandelt, und machen vorzugsweise auf die von Elsässer mit Genauigkeit vorgenommenen Sektionen aufmerksam, bei denen sich unter 11 Fällen nicht ein einziges Mal Eiterung in den Nabelarterien vorfand; Resultate, die mit den von Dr. Schoeller erhaltenen im grellsten Widerspruche stehen.

3) Gastrische Krankheiten, nächst den chronischen Hautausschlägen die reichhaltigste Abtheilung, in welcher namentlich die Magenerweichung und die Atrophie der Kinder ausführlich abgehandelt wird.

4) Harnbeschwerden, in diesem Alter von geringerer Bedeutung.

5) Chronische Hautkrankheiten, zu denen die Verfasser auch den Soor *(Muguet)* rechnen.

6) Dyskrasieen. Von diesen kommt im frühesten Kindesalter nur eine, die Syphilis, vor, welche hier einer genauen Darstellung gewürdigt wird.

Als Anhang zu diesem ersten Abschnitte geben uns die Verf. noch eine Abhandlung über das Zahnen und den Zahndurchbruch, in welcher uns namentlich die Bildung des Zahnes, wie sie die Untersuchungen neuerer Physiologen kennen gelehrt haben, recht fasslich und vollständig vorgeführt wird.

Der zweite Abschnitt umfasst nun die Krankheiten der zweiten Periode des Kindesalters, vom Erscheinen der Milchzähne bis zum beendeten Zahnwechsel. Die Verfasser theilen diesen Abschnitt in fünf grosse Unterabtheilungen, deren erste die Krankheiten der Digestionsorgane enthält. Hier werden uns recht praktische Bemerkungen über die Ernährung der Kinder, so wie über die so häufig vorkommenden Diarrhoeen mitgetheilt, bei deren Abhandlung die Herren Verf. dem Eintheilungsprinzipe Peter Frank's

treu geblieben sind. Darauf lassen sie die sogenannte venöse Turgeszenz des Kopfes folgen, die in neuerer Zeit von Krukenberg und Hachmann (von Letzterem unter dem Namen *Apoplexia venosa*) beschrieben worden ist. Sehr weitläufig, aber dennoch praktisch, mit steter Rücksichtnahme auf ältere und neuere Forschungen, werden nun die Entzündungen innerer Organe im kindlichen Organismus abgehandelt. Nach einer Einleitung, in welcher uns die Herren Verf. die neueren französischen Lehrsätze über die Reizung mittheilen und die allgemeine Behandlung der Entzündungen bei Kindern auseinandersetzen, beginnen sie die spezielle Entzündungslehre mit dem *Hydrocephalus acutus*, den sie nach dem Vorbilde Canstatt's beschreiben, später aber auch die Ansichten anderer bewährter Aerzte mittheilen. Ausführlich beschäftigen sich die Herren Verf. mit der Diagnose und Behandlung der Krankheit, an welche sie dann die Beschreibung des *Hydrocephalus chronicus externus* und *internus* anreihen. Ein Beweis der Vollständigkeit des Handbuchs ist ferner die Berücksichtigung einer Krankheit, auf welche erst Marshall Hall aufmerksam gemacht, und der er den Namen Hydrencephaloid gegeben hat. Auch die Otitis wird einer ausführlichen Betrachtung gewürdigt. Darauf folgen die verschiedenen Arten der Angina, unter denen die Diphtheritis, die *Angina laryngea oedematosa*, die Gangrän des Schlundes, und endlich der Krup die wichtigsten sind, und demnach auch am weitläufigsten abgehandelt werden. Dem Krup reiht sich die Darstellung einer diesem sehr ähnlichen Krankheit, des Pseudokrups, zunächst an, worauf die Reihe der Entzündungen am Halse mit der Beschreibung der Parotitis geschlossen wird.

Unter den Brustentzündungen nimmt im vorliegenden Werke die Bronchitis die erste Stelle ein, und das mit Recht, indem genannte Krankheit im kindlichen Alter bekanntlich viel häufiger vorkommt, als die wahre Pneumonie. Von wahrhaft praktischem Werth ist auch die Eintheilung der Bronchitis in ein entzündliches und adynamisches Stadium, deren Berücksichtigung für die Therapie von der grössten Wichtigkeit ist. Auch die Beschreibung der Pneumonie verdient das Lob einer praktischen und zugleich wissenschaftlichen Auffassung, indem nicht allein die Symptomatologie der Krankheit, sondern auch besonders die anatomischen Merkmale derselben, und die derselben während des Lebens entsprechenden physikalischen Zeichen auf das Gelungenste auseinandergesetzt werden. Die Verf. beschreiben 4 Formen der Lungenentzündung, die Pneumonie der Neugeborenen und

der älteren Kinder, die *Pneumonia lobularis,* die Bronchio- und die Pleuropneumonie, welche letztere sie der Darstellung der Pleuritis folgen lassen.

Die Reihe der Entzündungen in der Bauchhöhle wird durch die Peritonitis eröffnet, eine Krankheit, die trotz ihrer entschiedenen Symptome, doch erst in neuerer Zeit in Bezug auf ihr Vorkommen im kindlichen Organismus gewürdigt worden ist. Dies gilt namentlich von der chronischen Peritonitis, und zwar vorzugsweise der tuberkulösen Form derselben, die auch in dem vorliegenden Handbuche noch nicht die ihr gebührende Würdigung gefunden hat. Dagegen ist die Enteritis in allen ihren Formen auf das Vollständigste abgehandelt, und auch die Dothinenteritis, die bekanntlich bei jungen Kindern nur selten in ihrer vielfach beschriebenen und allgemein bekannten Gestalt auftritt, ist mit in den Kreis der Darmentzündungen hineingezogen worden. Die Hepatitis bildet den Schluss der Entzündungen innerhalb der Bauchhöhle, so wie mit der Darstellung der Myelitis und *Meningitis spinalis* die Reihe der Phlogosen überhaupt geschlossen wird.

Die Herren Verf. gehen nun zu den krampfhaften Krankheitsformen über, und würdigen unter diesen die krampfhafte Engbrüstigkeit (*Asthma acutum Millari*), das *Asthma thymicum Koppii,* und endlich den Keuchhusten einer genaueren Betrachtung. Namentlich wird die Aetiologie des *Asthma thymicum* ausführlich erörtert und auf den Zusammenhang mit Gehirnhypertrophie hingewiesen. Die *Tussis convulsiva* theilen die Herren Verf. in die bekannten drei Stadien, *Stad. catarrhale, convulsivum* und *decrementi.* Bei der Zusammenstellung der verschiedenen Ansichten über das Wesen und den eigentlichen Sitz der Krankheit machen sie namentlich auf die von Einigen versuchte Vergleichung des Keuchhustens mit der Epilepsie aufmerksam. Am ausführlichsten aber wird die Therapie abgehandelt; schon die grosse Zahl, so wie die auffallende Verschiedenheit der hier aufgeführten Mittel lehrt uns, dass die in Rede stehende Affektion allen Angriffen der Kunst hartnäckigen Widerstand leistet, und unbekümmert um die angewandten Mittel ihre Stadien durchläuft, eine Erfahrung, die gewiss jeder Arzt, der Gelegenheit hatte, Epidemieen des Keuchhustens zu beobachten, gemacht haben wird.

Den Beschluss dieses Abschnittes bilden die Krankheiten mit vorherrschendem Leiden der Reproduktion. Die Herren Verf. rechnen dazu die Skropheln, die Rhachitis, die Verkrümmungen

des Körpers, das freiwillige Hinken, die Mundfäule, den Wasserkrebs, und endlich die Entozoen.

Nach einer ausführlichen allgemeinen Betrachtung der Skrophulosis und Tuberkulosis, gehen die Herren Verf. speziell zur ersteren über. Zuerst nimmt die Erscheinung der Skrophulosis in den Drüsen unsere Aufmerksamkeit in Anspruch, vorzugsweise die Affektion der in der Unterleibshöhle liegenden Lymph- und Chylusdrüsen, dann folgen die skrophulösen Krankheiten des Zellgewebes, der Haut (die verschiedenen Impetigines), der Schleimhäute (des Auges, der Nase und des Rachens), der fibrösen Häute (*Tumor albus*), des Nervensystems und der Knochen (die *Spina ventosa* und Pädarthrokace). Die Darstellung aller dieser Krankheitsformen, so wie der darauf folgenden, der Rhachitis, der Kurvaturen u. s. w., ist vollkommen praktisch, ohne dadurch das Lob der Wissenschaftlichkeit, welches sie durch Benutzung der neuesten Forschungen über die genannten Krankheiten verdient, einzubüssen.

Der dritte Abschnitt des Werkes umfasst nun die Krankheiten der dritten Periode des Kindesalters, von dem beendigten Zahnwechsel bis zur Pubertät. Hier sind es nun besonders drei Krankheitsklassen, welche sich am häufigsten der Beobachtung darbieten:

1) Die akuten Exantheme, die wahren und falschen Pocken, die Schutzblattern, die Varioloiden, die Masern, der rothe und weisse Friesel, die Rötheln und das Scharlachfieber.

2) Krampfkrankheiten, von denen die *Chorea St. Viti* die bemerkenswertheste ist, und

3) Dyskrasieen, wozu die Herren Verf. die Chlorosis zählen, wenn auch dieselbe nicht mehr zu den eigentlichen Kinderkrankheiten gehört.

III. Klinische Mittheilungen.

Hôpital-Necker in Paris (Klinik von Trousseau)

Ueber die Krankheiten des kindlichen Alters im Allgemeinen.

„Bevor ich Sie, meine Herren! mit den Thatsachen bekannt mache, die Sie in unserer Klinik beobachtet haben, ist es wichtig, uns über die Richtung, die wir in unseren Studien zu verfolgen haben, zu verständigen, und welche Bedeutung man mit den Worten: Krankheiten des kindlichen Alters zu verbinden habe."

„Es ist schwer, eine gute Definition zu geben. Die meinige, die fast den Anstrich der Naivetät hat, ist: „„Krankheiten des kindlichen Alters sind solche, die die Kinder erleiden."" Sie sollen sogleich erfahren, was ich darunter verstehe, und wie sich diese Erklärung, die, was nicht zu leugnen ist, fast lächerlich zu sein scheint, als annehmbar aufstellen lässt."

„Fast alle Krankheiten, nosologisch gesprochen, können jede Altersklasse befallen; es giebt jedoch einige, und ich habe, glaube ich, nicht nöthig, näher auf diesen Gegenstand einzugehen, die nur gewissen Altersstufen, so wie nur einem Geschlechte eigen sind."

„Unter den Krankheiten des kindlichen Alters unterscheide ich: 1) diejenigen, die ausschliesslich dem Kindesalter angehören; 2) diejenigen, die sich zufällig in allen Lebensepochen entwickeln können, jedoch fast ausschliesslich für Kinder gefährlich sind; 3) solche, die in jedem Alter auftreten, während des kindlichen Alters jedoch und wegen der speziellen Konstitution der Kranken, eine spezielle Form und Verlauf annehmen, und oft ein besonderes Verfahren erfordern."

1. „Die dem kindlichen Alter ausschliesslich zukommenden Krankheiten sind nicht sehr zahlreich, und in dieser Hinsicht könnten sie ohne grossen Nachtheil mit Stillschweigen übergangen werden. Hierher gehören die Monstrositäten und angeborenen Fehler, die uns hier nichts angehen, und noch einige interessantere Affektionen, wie die bisweilen so unglücklich ablaufenden Cephalämatome, die Entzündung der Narben des Nabels, die zu fast immer tödtlichem Erysipelas Veranlassung giebt, die Entzündung der *Vena umbilicalis*, die sich auf die Leber und das Peritonäum und andere Theile fortsetzt und von nicht geringer Gefahr begleitet ist; die Zellgewebsverhärtung, die Zu-

fälle während des ersten Zahnens; die Krankheiten, die ausschliesslich den ersten Tagen oder ersten Monaten des Lebens angehören."

2. „Krankheiten, die in jedem Alter auftreten, aber dennoch fast ausschliesslich Eigenthum des kindlichen sind, und unter dieser Bezeichnung immer unter den Kinderkrankheiten aufgeführt werden müssen, sind der Krup, der Keuchhusten, die Impetigo-Arten, der idiopathische Soor, die Eklampsie u. s. w. Es steht fest, dass der Krup selbst Greise befallen kann, und ich habe im Departement der Indre eine Epidemie beobachtet, wo mehrere alte Leute Opfer der bösartigen Angina wurden, und namentlich ein alter Feldwächter von 75 Jahren; aber während ein Arzt in seiner langjährigen Praxis, und wenn der Krup blos sporadisch vorkömmt, höchstens einmal die Gelegenheit hat, den Krup bei einem Erwachsenen zu beobachten, sind unglücklicherweise die Fälle bei Kindern zwischen zwei und sieben Jahren ziemlich häufig. Dasselbe gilt für die Konvulsionen. Dass die eigentliche Eklampsie nicht ausschliesslich dem kindlichen Alter angehört, wird Niemand leugnen, und Frauen im Wochenbette, Individuen mit Anasarka nach Scharlach behaftet, die Arbeiter, die mit Bleipräparaten zu thun haben, werden bisweilen von Konvulsionen befallen; aber wie selten sind diese Fälle, wenn man sie mit denen im kindlichen Alter vergleicht! Mit vollem Rechte kann man daher die Eklampsie, wie den Krup, zu den Krankheiten des frühesten Alters zählen."

3. „Jedoch müssen Sie einräumen, dass die zu den ersten beiden Klassen gehörenden Krankheiten im Verhältniss zu denen, die zugleich jedes Lebensalter heimsuchen können, wie Katarakt, Pneumonie, Pleuritis, Enteritis, Dysenterie, akute Exantheme, Erysipelas u. s. w., sehr gering an Zahl sind. Indem sie aber den Greis eben so gut wie das Kind ergreifen, sind sie weit davon entfernt, denselben Verlauf bei beiden zu nehmen, dieselben Symptome und Gefahr, dieselben anatomischen Charaktere darzubieten, und endlich dieselbe Behandlung zu erfordern. Stellen Sie einen Vergleich an bei der Pneumonie in den verschiedenen Lebensperioden. Fast immer lobulär in den beiden ersten Lebensjahren und sehr oft tödtlich, wird sie ausschliesslich lobulär beim Erwachsenen und von viel geringerer Bedeutung, und während sie beim letzteren mit einem heftigen Fieber verbunden ist, das man als Typus des entzündlichen betrachten kann, kündigt sie sich beim Kinde öfter durch Kälte als durch Steigerung der Hauttemperatur an, und es ist Ihnen bekannt, dass dies auch bei alten Leuten der Fall ist. Wenn wir jetzt, vergleichsweise, das Erysipelas in den verschiedenen Altersstufen

betrachten, so sehen wir diese Krankheit in den ersten Lebensjahren noch fast ohne Ausnahme tödtlich enden, während bei Erwachsenen das nicht traumatische Erysipelas selten einen üblen Ausgang nimmt. Was ich vom Erysipelas und der Pneumonie angeführt, bezieht sich auf fast alle Krankheiten. Es ergiebt sich daraus die allgemeine Regel: dass fast alle Affektionen, in jeder Epoche des kindlichen Alters, einen sich selbst nach dem Alter des Kranken richtenden speziellen Charakter annehmen. Hiernach wird die Definition, die ich oben gegeben, nicht mehr so sonderbar klingen: „„Krankheiten des kindlichen Alters sind solche, die die Kinder erleiden.""

„Besonders aber von Wichtigkeit ist es, sich über den Lebensabschnitt zu verständigen, wo dieser Einfluss des Alters aufhört, wo den Krankheiten nicht mehr ein spezieller Charakter aufgeprägt ist, wo sie ihre kindliche Form, wenn ich mich so ausdrücken darf, verlieren, um von nun an die Form, die sie während des übrigen Theiles des Lebens, oder wenigstens bis zum Greisenalter beibehalten, anzunehmen."

„Dieser Abschnitt ist sehr verschieden; denn von diesen Krankheiten gehören einige nur während der ersten Monate des Lebens dem Kindesalter an, andere hingegen bis zum zehnten Jahre; über dasselbe hinaus giebt es keine Kinderkrankheiten mehr, da die verschiedenen Affektionen in die Form, die sie bei Erwachsenen zeigen, übergehen. Damit Sie genau wissen, was ich darunter verstehe, will ich einige Beispiele anführen."

„Das Erysipelas hat, vom Augenblick der Geburt an bis zum Alter von $2\frac{1}{2}$ oder 3 Jahren, einen speziellen Charakter, auf welchen ich Sie im Laufe unserer klinischen Vorträge noch oft werde aufmerksam machen. Dies Uebel befällt gewöhnlich alle Theile des Körpers und ziemlich oft im ersten Monate des Lebens, komplizirt sich mit Peritonitis, Entzündung der Nabelvene u. s. w. Auch ist es gewöhnlich zu dieser Zeit tödtlich. Jedoch nimmt die Sterblichkeit von der Geburt bis zum Ende des dritten Jahres nach und nach ab, je mehr sich das Erysipelas demjenigen, welches bei Erwachsenen vorkömmt, in Bezug auf Gestalt, Form, Heftigkeit, nähert. Diese Krankheit verliert also schon früh ihren kindlichen Charakter."

„Beim Soor findet das Nämliche statt. Diese symptomatische Affektion wird öfter und in einer heftigeren Form bei Kindern als bei Erwachsenen beobachtet; aber er entwickelt sich unter ähnlichen Bedingungen. Der idiopathische Soor hingegen ist bei Erwachsenen

fast unbekannt; sehr gewöhnlich hingegen in den ersten Monaten des Lebens, wird er immer seltener, und wird nach dem zurückgelegten zweiten Jahre gar nicht mehr beobachtet."

„Dasselbe lässt sich von der lobulären Pneumonie, von der tuberkulösen Meningitis anführen, die nach dem zehnten Jahre nicht mehr Gegenstände der Beobachtung werden. Während einige Krankheiten nur einige Monate hindurch den Charakter der kindlichen beibehalten, ist er anderen einige Jahre lang eigen; doch kann man behaupten, dass sie ihn alle gegen das zehnte Jahr verlieren."

„Nicht allein für die akuten Krankheiten bestehen diese gewissermaassen klimakterischen Zeitabschnitte, sondern auch für die chronischen."

„Die *Phthisis tuberculosa,* jene Geissel der Menschheit, rafft eben so eine ungeheure Anzahl von Kindern, die gesäugt werden, hin, wie solche, die sich mehr dem Jünglingsalter nähern; doch hat sie im kindlichen Alter eine ganz von der sich später darbietenden abweichende Form. Sie befällt fast immer die Bronchialdrüsen, die anschwellen, in Erweichung übergehen, und so die eigenthümlichsten Erscheinungen hervorrufen können; zahlreiche, lymphatische Drüsen, die die Bronchien in ihrem Verlaufe begleiten, nehmen an der Krankheit Theil und werden für Abszesse in den Lungen gehalten. Die Entwickelung der Lungentuberkeln folgt sehr häufig auf eine lobuläre Entzündung der Lunge, und findet daher vorzugsweise an der Basis und dem hinteren Theil der Lungen statt, abweichend von den Erscheinungen, wie man sie bei Erwachsenen beobachtet. Ausserdem findet man in sehr vielen Fällen keine Geschwüre im Darmkanal."

„Diese fast ausschliesslich bei Kindern, die noch an der Brust sind, vorkommende Form stellt sich anders dar gegen das siebente Jahr, und verschwindet fast vollständig im zehnten oder zwölften, wo die Phthisis aufhört, kindlich zu sein, und die Charaktere annimmt, die sie bis zum Greisenalter beibehält, zu welcher Zeit sie den merkwürdigen Beobachtungen Beau's zufolge Formen und eine Beschaffenheit annimmt, die sich hinlänglich von der Phthisis des Jünglings- und reifen Alters unterscheiden lässt."

„Fassen wir das oben Gesagte zusammen, so kann man im Allgemeinen die Behauptung aufstellen, dass es nach dem zehnten oder zwölften Jahre keine Kinderkrankheiten mehr giebt, dass schon nach dem zweiten oder dritten Jahre viele Krankheiten die Charaktere, die sie den übrigen Theil des Lebens beibehalten, anzunehmen beginnen;

dass endlich gewissen Affektionen der kindliche Typus nur einige Monate und selbst einige Tage eigen ist."

IV. Das Wissenswertheste aus den neuesten Zeitschriften und Werken.

1. Bemerkungen über Gehirntuberkeln bei Kindern.

Dr. Green bemerkt mit Recht, dass der tuberkulösen Affektion des Gehirns bei Kindern nicht die gehörige Aufmerksamkeit geschenkt worden ist. Er meint, dass es sehr wünschenswerth wäre, wenn alle Fälle von Gehirnkrankheit sorgfältig aufgezeichnet und die Befunde nach dem Tode mit grosser Genauigkeit angestellt würden. Ihm seien manche Beispiele von „anomaler Gehirnkrankheit" bekannt geworden, die sich durch Leiden der *Medulla oblongata*, welche der Beobachtung entgangen waren, erklären liessen. Er empfiehlt, in allen Fällen von tödtlicher Gehirnkrankheit das Rückenmark sorgfältig zu untersuchen.

Er fügt eine Tabelle bei, welche die Namen, Alter, Geschlecht, Symptome und anatomischen Veränderungen bei 30 Kindern, die durch oder mit Gehirntuberkeln starben, enthält.

Das Alter variirte zwischen 19 Monaten und 12 Jahren; 13 Fälle kamen im Zeitraum zwischen dem zweiten und vierten Jahre vor, eine grössere Anzahl wurde in den anderen drei folgenden Jahren beobachtet. In Betreff des Geschlechts waren 14 männlichen und 16 weiblichen Geschlechts.

In vier Fällen war kein einziges Symptom einer Gehirnaffektion während des Lebens vorhanden; in zwei beschränkten sich die chronischen Symptome auf periodischen Kopfschmerz; in zwei auf Taubheit und eiterigem Ausflusse aus dem Ohre; in den übrigen Fällen waren die hervorstechendsten Symptome des chronischen Stadiums Kopfschmerz, Erbrechen, Amaurosis, Konvulsionen, Lähmung und Abnahme der intellektuellen Fähigkeiten, und die Dauer des chronischen Stadiums variirte von einem Monate bis zu drei Jahren.

Neun Kranke starben mit Symptomen, die genau denen des akuten Hydrocephalus glichen, einige mit Symptomen der Hirnerweichung, die übrigen an Erschöpfung, an den Pocken u. s. w.

Die Grösse, Zahl und der Sitz der tuberkulösen Massen war in den einzelnen Fällen sehr abweichend; in einem Falle wurden zwanzig Tuberkeln in der rechten Hemisphäre gefunden, in einem anderen siebzehn, in einem sogar 50 im kleinen und grossen Gehirn; indess waren sie meistentheils vereinzelt.

Die Gehirntuberkeln sind bei Erwachsenen selten, bei Kindern hingegen verhältnissmässig sehr häufig. Green beobachtete sie unter 1324 Fällen von akuten Krankheiten 26mal, oder in jedem 51sten Falle. Die Grösse der Tuberkeln variirt von der einer kleinen Nuss oder Bohne bis zu der einer doppelten Faust.

Sie sitzen an verschiedenen Stellen, am gewöhnlichsten in der Substanz der Hemisphären. Eilfmal befanden sie sich in den Hemisphären des grossen Gehirns, neunmal im kleinen Gehirn, siebenmal zugleich im grossen und kleinen Gehirn, zweimal zugleich im kleinen Gehirn und im *Pons Varolii* und zweimal im letzteren allein.

In manchen Fällen, selbst bei bedeutender Grösse des Tuberkels, lässt sich nicht die geringste Veränderung in der umgebenden Nervensubstanz und in den benachbarten Membranen auffinden. Die allmälige Entwickelung der tuberkulösen Masse scheint ohne Nachtheil für das Nervensystem vor sich zu gehen. Manchmal adhäriren die Membranen an der Kortikalsubstanz, über der Stelle, wo das Tuberkel sitzt, und sind mehr oder weniger infiltrirt und verdickt. Bisweilen, wenn das Tuberkel gross ist, sind die Gehirnwindungen platt gedrückt oder vollständig verschwunden. Die Farbe und Konsistenz der Gehirnsubstanz, die unmittelbar das Tuberkel umgiebt, bietet sehr mannigfache Modifikationen dar. Sie kann ein wenig injizirt und nur einige Linien breit erweicht sein, oder die Erweichung des Nervengewebes, mit oder ohne Injektion, kann sich bis auf die Zentraltheile des Gehirns ausdehnen. In manchen Fällen ist fast das ganze kleine Gehirn in einen wahren Brei verwandelt. Sehr selten hingegen ist die umgebende Gehirnsubstanz blasser und fester als im normalen Zustande, zuweilen ist sie weich und von strohgelber Farbe. Niemals wurde ein Abszess oder eine wirkliche Infiltration von Eiter ganz in der Nähe des Gehirntuberkels aufgefunden. Es giebt noch andere Veränderungen, die mehr Komplikationen als Folgen sind.

Dr. Green kann keine genügende Rechenschaft über die eigenthümliche Disposition junger Kinder für diese Affektion geben. Die erste Dentition ist ihre hauptsächlichste Epoche; manchmal folgte sie

auf die Konvaleszenz von einer exanthematischen Krankheit, sehr oft litten die Kranken an Tuberkeln in anderen Organen.

Die Symptome der Krankheit theilt G. in die des chronischen und des akuten Stadiums ein. Die Dauer des chronischen Stadiums ist verschieden; die kürzeste ist sechs Wochen, die längste zwei Jahre.

Die Fälle lassen sich in drei Klassen eintheilen:

Erste Klasse. Die Krankheit beginnt mit Kopfschmerz, der fast das konstanteste und charakteristischste Symptom der Gehirntuberkeln ist; er bildete einen hervorstechenden Zug der Krankheit 17mal unter 20 Fällen.

Oft ist er sehr heftig und von so hartnäckiger Beschaffenheit, dass er den Kranken Nachts zu schlafen verhindert, seinen Gemüthszustand verändert und bisweilen lautes Geschrei wie im Hydrocephalus hervorruft. Sein Sitz ist gewöhnlich in der Stirn, jedoch in einigen Fällen, wo die tuberkulösen Massen im kleinen Gehirn sich befanden, sass er im Hinterhaupt und breitete sich über den Hals aus. Dieser heftige Schmerz ist bisweilen das einzige vorhandene Symptom; in anderen Fällen folgen ihm, nachdem er einige Tage oder vielleicht mehrere Monate gedauert hat, andere gleich zu erwähnende Symptome.

Die Anfälle von Kopfschmerz sind gewöhnlich mit Brechen verbunden, welches bei jeder Zunahme des Schmerzes zurückkehrt und nicht auf eine Krankheit der Digestionsorgane bezogen werden kann. Dieses chronische oder sympathische Erbrechen wurde in sieben Fällen beobachtet. Es kann zu gleicher Zeit Verstopfung stattfinden, diese ist aber viel seltener als Erbrechen, und beide Symptome gehören mehr den akuten Gehirnkrankheiten an.

Die Symptome, welche auf den Kopfschmerz folgen, sind sehr verschieden; sie bestehen indess hauptsächlich in Störungen in den Sinnesorgane, der Muskelkraft, oder der intellektuellen Fähigkeiten. Das Temperament des Kindes kann eine merkliche Veränderung erleiden und die Intelligenz gänzlich geschwächt werden, doch ist die Abnahme oder der Verlust der letzteren selten beobachtet worden, ausgenommen bei langer Dauer und gegen Ende der Krankheit.

Bisweilen treten Konvulsionen in unregelmässigen Intervallen ein, und endigen in partielle oder vollständige Paralyse eines oder beider Beine, in anderen Fällen findet sich eine Schwäche gewisser Muskeln, wo es nicht bis zur Lähmung kömmt; das Kind stolpert, wenn es geht, und das Gehen ist sehr erschwert; einzelne Muskeln können auch affizirt sein. So war in einem Falle das einzige Leiden der motorischen

Kraft, welches einige Zeit lang beobachtet wurde, eine eigenthümliche konvulsivische Bewegung des Augapfels, durch welche er fortwährend nach Innen gezogen wurde. In einigen Fällen stellt sich Strabismus ein.

Die mit Störung der Sensibilität verbundenen Symptome sind Verlust des Gehörs, Schwäche oder gänzlicher Mangel des Sehvermögens, und Abnahme des Gefühls auf einer Seite des Körpers. Die verschiedenen eben angeführten Symptome sind selten andauernd; der Kopfschmerz verschwindet oft, nachdem er mehrere Monate bestanden hat, und kehrt dann wieder; der Strabismus und die Amaurosis können ebenfalls aufhören, aber die Lähmung dauert gewöhnlich fort, besonders wenn sie die Schenkel ergriffen hat.

Zweite Klasse. Die Krankheit beginnt plötzlich mit konvulsivischen Anfällen, oder mit einem von wahrer Epilepsie; diese kehren in unbestimmten Zwischenräumen wieder, und enden nach und nach in Lähmung oder Koma. Die Konvulsionen können allgemein oder partiell sein, und sind oft von Kontraktion einer oder beider Extremitäten derselben Seite des Körpers gefolgt, oder der Kopf wird nach der einen Seite hingezogen und verharrt lange Zeit hindurch in dieser Stellung. Ich habe ein Schiefstehen des Mundes und der Zunge beobachtet, welche für den akuten Hydrocephalus charakteristisch zu sein scheint. Die konvulsivischen Affektionen bieten oft eigenthümliche Züge dar. So begann in einem Falle die Krankheit mit Zittern des linken Armes, welches sechs Wochen währte, und dann in Epilepsie überging; in einem anderen Falle folgte mehreren Anfällen von Konvulsionen eine eigenthümliche rotatorische Bewegung des Kopfes; in einem dritten Schielen und eine seitliche Bewegung des Unterkiefers. Diese Konvulsionen sind selten, so wie der Kopfschmerz, mit Erbrechen oder Verstopfung verbunden.

Anstatt der Konvulsionen kann das erste zu beobachtende Symptom ein plötzliches Auftreten der Epilepsie sein, die immer nach kürzeren oder längeren Intervallen mit allgemeiner oder partieller Paralyse endet. Konvulsivische Bewegungen waren unter zwanzig Fällen zwölfmal, und Epilepsie fünfmal zugegen.

Dritte Klasse. Die Krankheit beginnt mit Lähmung eines oder mehrerer Muskeln oder Sinnesorgane. Eine allgemeine Beschreibung der verschiedenartigsten Symptome aufzustellen, ist unmöglich. Das hauptsächlichste und wichtigste ist Kopfschmerz, dann partielle oder

allgemeine Konvulsionen, Epilepsie, Lähmung oder Kontraktion gewisser Muskeln oder der Schenkel, ferner Amaurosis.

Das akute Stadium, welches unter 30 Fällen 13mal vorkam, besteht in einer Folge von Symptomen mit unregelmässigem Charakter, die mehr oder weniger denen des akuten Hydrocephalus oder der Gehirnerweichung verwandt sind. So kann das akute Stadium eben so wie das dritte Stadium des akuten Hydrocephalus beginnen, oder die Symptome der verschiedenen Perioden dieser letzteren Krankheit können sich schnell auf einander folgen und unter einander vereinigt sein. Die Dauer des akuten Stadiums variirt zwischen acht Stunden und neun Tagen. Bisweilen sind allgemeine Konvulsionen vorhanden, die in tödtliches Koma übergehen und so heftig sind, dass sie den Kranken in wenig Stunden tödten.

Diese Unregelmässigkeit der Symptome ist ein sehr wichtiger Punkt in der Beschreibung der Gehirnkrankheiten im kindlichen Alter. Man findet häufig von Schriftstellern Fälle von anomalem Auftreten des Hydrocephalus aufgeführt, in welchen das erste Stadium der Krankheit gefehlt hat. Ist es nicht wahrscheinlich, nach dem bisher Mitgetheilten, dass manche der bis jetzt unerklärbaren Anomalieen von einer Komplikation des akuten Hydrocephalus mit Gehirntuberkeln abhängen, oder richtiger gesagt, dass das akute Stadium der Gehirntuberkulosis gewöhnlich sich durch unregelmässige hydrocephalische Symptome charakterisirt?

Die Diagnose ist sehr schwierig. Dies hängt nicht nur von der Unregelmässigkeit der Symptome, sondern von der Länge der Zeit ab, welche oft das Auftreten eines Symptoms von dem eines anderen trennt. Ein Zeitraum von mehreren Monaten kann vergehen, ehe dem Kopfschmerz ein anderes Symptom von Gehirnkrankheit folgt, und daher unsere Diagnose aus der Folgereihe bestimmter Symptome festgestellt werden kann. Die Krankheit kömmt fast immer, was zu bemerken ist, bei Kindern mit deutlichen Zeichen einer skrophulösen Diathesis vor. Hat unter solchen Umständen ein Kind einige Zeit hindurch an heftigem Kopfschmerz gelitten, folgten auf diesen Konvulsionen, irgend eine paralytische Affektion, Amaurosis, Kontraktion der Muskeln, gelegentliches Erbrechen, Fieberanfälle und die Reihe der bereits erwähnten Symptome, und treten dieselben nach einander in verschiedenen Zwischenräumen von Wochen oder Monaten auf, so ist Grund genug vorhanden, an das Vorhandensein von Tuberkeln im Gehirn zu glauben.

Die Krankheit kann mit chronischer Meningitis verwechselt werden, doch ist bei dieser der Kopfschmerz nicht so heftig oder so anhaltend; man beobachtet häufiger unregelmässige Fieberanfälle, und die einzige andauernde Störung der Motilität, welche G. beobachtete, war eine eigenthümliche Beugung der Muskeln der Hand und des Fusses.

Paralyse, Amaurose, epileptische Anfälle, Kontraktion verschiedener Muskeln, sind der Tuberkulosis des Gehirns eigenthümlich.

Die Behandlung weicht nicht von der der Entzündung des Gehirns ab. (*Medico-chirurgical Transactions.*)

---

2. Eigenthümlicher Fall von Missbildung der Geschlechtsorgane mit Mangel der Harnröhre bei einem Kinde.

Dr. Smith in Birmingham beschreibt in der *Medical Gazette* folgenden Fall:

Am 13. September 1843 wurde eine Frau von einem Kinde entbunden, welches mit einer Missbildung der Geschlechtsorgane behaftet war.

Das Perinäum war ungefähr 1½ Zoll lang, und genau so gebildet wie beim männlichen Geschlecht. An seinem vorderen Ende und fünf Linien von Schaambogen befand sich eine Oeffnung von dreieckiger Form, mit der Spitze nach oben und vorn gerichtet. Durch diese wurde der Urin entleert, und längs des dort endenden Kanals konnte eine dünne gebogene Sonde leicht in die Blase geführt werden. Es konnte folglich kein Zweifel obwalten, dass dies die Harnröhre sei.

In der Mitte des Perinäums und ungefähr mitten zwischen der Harnröhrenöffnung und dem After zeigte sich ein kleiner länglicher Eindruck von schwach bläulicher, durch die Haut hindurchschimmernder Färbung.

Vorne am Schaambogen befand sich ein länglicher zylinderförmiger Körper, der seiner Lage, Form und Härte zufolge genau einem mit der Vorhaut bedeckten Penis glich. Ein der Eichel gleichender Körper war sehr deutlich wahrzunehmen, in der Mitte mit einer länglichen Spalte versehen; indessen konnte keine Harnröhrenmündung an ihm aufgefunden werden. Dieser Penis war fast einen Zoll lang und nach unten gekrümmt, indem er durch das *Frenulum praeputii* in der Mittellinie mit dem Perinäum verwachsen war. Diese Verwachsung befand sich unmittelbar über der Urethralöffnung, mit welcher die

Spalte der Eichel in Zusammenhang gestanden hätte, wenn nicht die eben erwähnte transversale Verbindung vorhanden gewesen wäre.

Auf der anderen Seite des Penis befand sich ein oval abgeplattetes Organ von 12 Linien Länge und 8 Linien Breite. In der Form, Lage, Färbung und dem gestreiften Aussehen glich es fast dem Skrotum. Es wich jedoch von demselben dadurch ab, dass beide Seiten getrennt und deutlich abgeschieden waren. In dem Zwischenraum dieser beiden Seiten eines Hodensacks lag der Penis. Weder Hoden noch Saamenstrang liess sich durch das Gefühl erkennen.

Es war nun schwierig, festzustellen, ob diese Organe einem männlichen oder weiblichen Kinde angehörten. Dem Aussehen nach glichen sie dem männlichen, da ein dem Penis sehr ähnlich sehender Körper, zwei dem Skrotum analoge Organe, und eine Harnröhrenmündung an der Basis des Penis vorhanden waren. Dass der Penis nicht durchbohrt war, kann nicht gegen diese Annahme streiten, weil dies häufig bei Individuen vorkommt, die unstreitig männlichen Geschlechts sind. Dasselbe gilt auch von dem Mangel der Hoden im Skrotum, da sehr viele Individuen mannbar werden, bevor die Hoden ihre normale Lage einnehmen. Die wiewohl abnorme Oeffnung der Harnröhre schien uns in unserer Annahme noch zu bestärken, wegen ihrer *absoluten* Lage, die der beim weiblichen Geschlechte glich, und ihrer *relativen* zur Basis des Penis. Wir konnten diese Theile nicht für weibliche halten, weil keine äussere von den grossen Schaamlippen umgebene Spalte, keine Nymphen oder keiner der mehr nach innen gelegenen Theile der äusseren Geschlechtswerkzeuge vorhanden waren. Die dem Skrotum gleichenden Körper hätten für Schaamlippen genommen werden können, doch ihr Aussehen sprach nicht für diese Annahme, und der dem Penis ähnliche für eine verlängerte Klitoris. Alles dies zusammen genommen, hatte man es augenscheinlich mit einem männlichen Kinde zu thun.

Am folgenden Tage untersuchten Dr. Green und Dr. Chavasse, zwei sehr talentvolle Wundärzte, das Kind, und erklärten es ohne Zögern für ein männliches.

Während der fünf oder sechs folgenden Wochen war das Kind sehr unruhig und reizbar, und magerte zusehends ab. Eine beträchtliche Menge dicken Schleimes wurde durch den Harnröhrenkanal entleert. Am 30. Oktober starb es, und an demselben Tage wurde die Obduktion gemacht, wo sich folgender unerwarteter und ungewöhnlicher Befund zeigte.

Ein normaler und vollkommen entwickelter Uterus mit den Fällopischen Röhren und Eierstöcken war vorhanden. Der Kanal, der zu der äusseren Harnröhrenöffnung führte, war die Scheide, die ungefähr 2 Linien im Durchmesser hatte, und vollkommen zylinderförmig und offen war. Nicht die Harnröhre, sondern der Blasenhals inserirte sich in dieselbe. Dass dieser Kanal die, obwohl nicht ganz normal gebaute, Scheide war, ergiebt sich aus folgenden Gründen: 1) er führte direkt zum Uterus, die Blase war mit ihm unter einem stumpfen Winkel vereinigt; 2) die Struktur seiner Wände glich der der Scheide, indem sie aus einer Schleimhaut, einer dichten Schicht von fibrösem Gewebe und verdichtetem Zellgewebe bestanden. Diese Struktur setzte sich bis über den Einmündungspunkt der Blase und eben so bis zum Halse des Uterus fort. Abnorm an der Harnröhre war, dass sie nicht mit einer zylinderförmigen Oeffnung endete. Die oben erwähnte Struktur erstreckte sich nicht bis zur Endigung des Kanals, sondern nur 12 Linien weit. Die 8 Linien nach aussen zu bestanden nur aus der Schleimhaut und Zellgewebe. Wiewohl nun aber der untere Theil des Kanals einige Aehnlichkeit mit der Harnröhre hatte, so beweisen doch die oben angeführten Umstände, dass es die Scheide gewesen ist.

Hoden und Saamenstränge konnten nicht aufgefunden werden. Die Schaamlippen bestanden aus einem Theile der Haut und Zellgewebe, die in sich selbst zusammengefaltet waren; die beiden Flächen konnte man sehr leicht von einander trennen. Dieser Fall scheint in dreierlei Hinsicht von Interesse zu sein.

1) Wegen der grossen Aehnlichkeit der äusseren Theile mit den männlichen Geschlechtsorganen, die bedeutend grösser war, als man es gewöhnlich bei anomalen Zuständen der weiblichen Geschlechtswerkzeuge beobachtet.

2) Dass der Kanal sich als die Scheide erwies mit Endigung der Harnröhre, was natürlich abnorm ist, und besonders wegen der direkten Einmündung der Blase in die Scheide, wodurch das Fehlen der Harnröhre bedingt wurde.

3) Es spricht für die von Geoffroy St. Hilaire gemachte Beobachtung, dass die Geschlechtsorgane beider Geschlechter ursprünglich nach demselben Plane gebildet waren. Hierdurch zeigt sich, wie rein spekulativ die Ansicht der Aerzte in solchen abnormen Fällen sein muss.

3. Fall von petechialen Kuhpocken bei einem Mädchen.

Dr. Gregory, Arzt am Pocken- und Impfungshospital in London, berichtet:

Ein Mädchen von 4 Jahren, von zarter Konstitution, wurde an fünf Stellen am linken Arme geimpft, zu einer Zeit, wo sie anscheinend vollkommen gesund war. Ihr 6 Jahre alter Bruder und ihre anderthalb Jahre alte Schwester wurden um dieselbe Zeit vakzinirt; die Lymphe für alle drei Kinder war demselben gut entwickelten, acht Tage alten Bläschen entnommen worden.

Vier Tage darauf bemerkte die Mutter, dass der Arm des vierjährigen Mädchens einige ungewöhnliche Erscheinungen darbot. Er schien ihr entzündeter zu sein als die Arme der beiden anderen Kinder, und sie nahm zu gleicher Zeit einige Flecke im Gesicht des Kindes wahr. Indessen klagte dasselbe gar nicht, und erfreute sich in jeder anderen Hinsicht einer guten Gesundheit. Am achten Tage nach der Impfung kam das Kind nach dem Pockenhospitale zu Fuss, ohne sich ermüdet zu fühlen. Die Bläschen waren schwarz, als wenn sie mit Blut gefüllt wären; die Areola war von einer Mahagoni-Farbe, unstreitig von einer Ekchymosis herrührend, und zahlreiche Petechien waren über den ganzen Körper verbreitet, besonders über Gesicht, Hals und Arme. Der Appetit und Schlaf des Kindes waren ungestört.

Am folgenden Tage sah G. das Kind zum ersten Male. Die äusseren Theile der breiten Areola hatten eine gelbliche Färbung angenommen, während die inneren noch von einer dunklen Mahagoni-Farbe waren. Die Bläschen selbst ragten schwarz hervor. Offenbar hatte hier eine bedeutende Ekchymose um die Einstiche herum stattgefunden, welche jetzt resorbirt wurde. Die Petechien auf dem Körper waren sehr zahlreich. An der linken Schläfe befand sich ein sehr grosses Extravasat von Blut, welches von einem Schlage herrührte, den das Kind bekommen hatte. Eine geringe Blutung aus dem linken Ohre hatte stattgefunden, und einige Tropfen Blut waren aus der Nase geflossen. Der allgemeine Gesundheitszustand des Kindes war gut.

Bei dem Bruder und der Schwester des Kindes waren die Kuhpocken regelmässig verlaufen.

Die Ekchymose am Arm und die Petechien nahmen zugleich mit der Eintrocknung ab. Am 16ten Tage nach der Vakzination waren alle hämorrhagischen Erscheinungen verschwunden. Zwei Schorfe fielen

ab, und liessen gute Narben zurück. Drei andere harte, von schwarzer Farbe, hingen noch fest.

G. macht einige interessante Bemerkungen, in Bezug darauf, dass die hämorrhagische Diathesis in diesem Falle durch die Einführung der Vakzine, so wie eines jeden anderen krankhaften Giftes hervorgerufen wurde. Er hatte früher keinen ähnlichen Fall beobachtet. Dr. Gardener sah einen solchen vor einigen Jahren. Im Museum des Guy's-Hospitals befindet sich ein Wachsmodell mit der Unterschrift: „Der Arm eines mit Purpura behafteten jungen Mannes, die auf die Vakzination folgte." Indess ist hier die Eruption von anomaler Beschaffenheit, bildet breite runde Flecke, und die Vakzine-Bläschen sind nicht mit Blut gefüllt. Dr. Gregory möchte diesen Fall eher für „einen von Vakzination bei Erwachsenen bei sehr ungesunder Säftebeschaffenheit" halten.

Von petechialen echten Pocken hat G. viele Beispiele erlebt. Sie sind immer tödtlich. Er bemerkt, dass ein wichtiger Unterschied zwischen den petechialen Kuhpocken und den Fällen, wo alle Vesikeln oder nur einige durch die Heftigkeit der lokalen Entzündung mit Blut gefüllt sind, stattfinden. Die letzteren kommen häufig vor. (*Medico-chirurgical Transactions.*)

---

4. Fall von lokaler tuberkulöser Ablagerung auf die Oberfläche des Gehirns.

Der Kranke war ein schwächlicher Knabe von zwei Jahren, der von Geburt an gesund gewesen, aber vier Monate vor seiner letzten Krankheit sehr reizbar geworden war.

Robert Dunn wurde plötzlich zu ihm gerufen, da er von konvulsivischen Erschütterungen der linken Hand befallen worden war; sonst befand er sich wohl. Nach Applikation von Senfteigen und heissem Wasser auf Hände und Füsse hörten die Konvulsionen ungefähr nach zwanzig Minuten auf.

Wir wollen die darauf folgende in Anwendung gezogene Behandlung nicht ausführlich mittheilen, da sie, wiewohl mit Verstand instituirt, keinen materiellen Einfluss auf den Fall hatte. Man überführte sich, dass das Kind vierzehn Tage vorher gefallen war.

Am nächsten Tage kehrten die Konvulsionen wieder und erstreckten sich bis zu dem Ellbogen, hörten jedoch nach einer halben Stunde

auf. Er litt nun zwei Tage hindurch ab und zu daran, als er von einem heftigen Anfalle von Konvulsionen, die sich nicht auf die Hand und den Arm beschränkten, sondern die ganze linke Seite und obere Extremität einnahmen, ergriffen wurde, mit Zuckungen des Auges und Mundwinkels. Der Anfall dauerte zwei Stunden. An jedem der beiden nächsten Tage hat er zwei noch heftigere Anfälle, auf welche tiefer Schlaf folgte, und die linke Seite war partiell gelähmt. Tags darauf trat wiederum ein starker Anfall ein; die konvulsivische Bewegung der ganzen linken Seite war sehr bedeutend. Eine Woche lang stellten sich keine Anfälle ein, aber hin und wieder eine Bewegung der Hand und des Fusses mit Schwere derselben. Dann wurde er von einer Art Krampf befallen, bald in der Hand, bald im Fusse, zu anderen Zeiten in der Wade, in den Schenkel- und Brustmuskeln. Dies währte drei bis vier Tage; er lag einige Zeit hindurch fast komatös, als sich Scheinkrämpfe und Konvulsionen des rechten Armes und Schenkels einstellten. Bisweilen breiteten sich diese auf die linke Seite aus. In einem dieser Anfälle starb er.

Sektion. Die Haut des Schädels war blass und blutleer, so wie auch der übrige Körper, der sehr abgemagert war. Die Duramater zeigte keine Veränderung. Die Gefässe an der Oberfläche des Gehirns waren von schwarzem Blute gefärbt, doch war kein Erguss unter der Arachnoidea vorhanden. Die Höhle derselben war normal. Auf der Oberfläche der rechten Hemisphäre des Gehirns, unter der Arachnoidea und Piamater befand sich eine Ablagerung von Tuberkelmaterie, in Haufen von unregelmässiger Gestalt und Grösse, aber das Ganze nahm einen Raum von ungefähr 2 Quadratzoll ein. Die Ablagerung war am stärksten auf der Oberfläche der Hirnwindungen, und setzte sich nichtsdestoweniger in die Sulci hinein fort, ein Umstand, der ihre Vereinigung mit der tiefer gelegenen Oberfläche der Piamater beweist. Die Kortikalsubstanz des Gehirns in Berührung mit der Tuberkelmaterie war geröthet und bedeutend erweicht, und zeigte bei der mikroskopischen Untersuchung eine fast gänzliche Zerstörung ihrer Fasern, eine starke Vergrösserung der eigenthümlichen Kugeln der grauen Substanz und des körnigen Pigments, welches denselben anhängt. Die Erweichung setzte sich noch eine Strecke weit in die darunter liegende weisse Substanz fort. Am Ende der linken Hemisphäre, der krankhaften Stelle der rechten entsprechend, hatte sich eine geringere tuberkulöse Masse auf ähnliche Weise abgelagert, die eine rothe Erweichung der mit ihr in Berührung stehenden grauen Substanz her-

vorgebracht, aber nicht mehr als 1½ Quadratzoll einnahm. Die Ventrikel enthielten mehr Wasser als im normalen Zustande, und zwar über das Doppelte, und fielen nicht zusammen, wenn man sie geöffnet liess. Die Gehirnsubstanz war, mit Ausnahme der krankhaften Stellen, durchgängig fester, als es in dem Alter, worin sich der Kranke befand, gewöhnlich vorkömmt. Diese Festigkeit war unzweifelhaft von der Kompression der Flüssigkeit abhängig, die wahrscheinlich in einer früheren Periode der Krankheit bedeutender gewesen war. (*Medico-chirurgical Transactions.*)

V. Verhandlungen gelehrter Vereine und Gesellschaften.

A. *London medical Society.*

Fall von entzündlichem Krup mit glücklichem Ausgange.

Dr. Golding Bird berichtet folgenden Fall:

George Coles, 3 Jahre alt, wurde am Montag, den 4. Dezember 1843, Abends in das Guy's-Hospital aufgenommen.

Es war ein gut entwickeltes Kind, welches bis zu dem gegenwärtigen Anfall sich einer trefflichen Gesundheit erfreut hatte. Eine Woche vor seiner Aufnahme hatte es an Cerebralsymptomen gelitten, welche indess nicht beunruhigend gewesen zu sein scheinen, und das Kind blieb in diesem Zustande bis zum Sonnabend den 2. Dezember, an welchem Tage zuerst die krupöse Respiration bemerkt wurde. Die Mutter wandte sich an einen Arzt, welcher die drohende Gefahr sogleich bemerkte, und am 4. Dezember das Kind ins Guy's-Hospital bringen liess, wo es der Behandlung des Dr. Bird übergeben wurde. Herr Stocker, der das Kind sofort untersuchte, fand einen deutlich ausgesprochenen Krup, das Gesicht ausserordentlich geröthet und gedunsen, intensives Fieber, grosse Dyspnoe, und laute krupöse Respiration. Alle diese Symptome waren erst seit dem Morgen mit dieser Heftigkeit aufgetreten. Das Kind wurde in ein warmes Bad gesetzt, und dann ein Brechmittel aus Ipekakuanha gereicht. Sechs Blutegel wurden an den Hals applizirt, und folgendes Pulver verordnet:

℞ *Calomel.* gr. j,
Tartar. emet. gr. $\frac{1}{8}$,
Sacch. alb. gr. x.
Alle 2 Stunden 1 Pulver zu nehmen.

5. Dezember. Dr. Bird sah das Kind erst heute; es zeigte alle Erscheinungen einer bedeutenden Krankheit, drohende Suffokation, livides Antlitz und Lippen, eben solche Finger und Zehen, heisse und trockne Haut, sehr beschleunigte Respiration, die von einem solchen Geräusch begleitet war, dass man es ausserhalb des Zimmers hören konnte; jede Inspiration erzeugte einen dumpfen, fast metallischen, krähenden Ton, bei jeder Expiration hörte man ein lautes zischendes Geräusch; in Intervallen von einigen Minuten traten heftige Paroxysmen des Kruphustens ein. Dabei war der kleine Kranke bei vollem Bewusstsein, warf sich von einer Seite zur andern, und zeigte überhaupt grosse Unruhe, indem er die Arme immer über den Kopf warf. Die geringste Aufregung steigert die Anfälle des Hustens in einem sehr bedenklichen Grade. Mittelst der Auskultation vermochte man nur ein sehr schwaches respiratorisches Geräusch zu entdecken, ein Beweis für die geringe Quantität Luft, die in die Lungen gelangte; dagegen zeigten die im ganzen Umfange der Brust vernehmbaren Herztöne die stürmische Thätigkeit dieses Organs. Wenn man das Stethoskop auf die Gegend des Larynx applizirte, so konnte man das krupöse Geräusch ausserordentlich deutlich hören. Die Perkussion ergab im Allgemeinen keine abnormen Resultate; der Puls machte 120 Schläge und zeigte eine hüpfende Beschaffenheit. Der Kranke hatte nur einige Dosen des Brechweinsteins genommen, worauf der Merkur allein fortgesetzt wurde. Man verordnete nun alle zwei Stunden $\frac{1}{2}$ Drachme *Vinum Antimonii* mit 10 Tropfen *Tinct. Camphorae composita,* und in den Intervallen ein Gran Kalomel. Dabei wurden fortwährend Umschläge mit Flanell, der in siedendes Wasser getaucht war, auf den Hals applizirt.

Um 4$\frac{1}{2}$ Uhr Nachmittags war eine leichte Uebelkeit eingetreten; die Haut erschien feucht, aber in allen anderen Beziehungen war der Zustand unverändert; das Antlitz zeigte einen hohen Grad von Livor. Da man nur noch sehr schwache Hoffnung hegen durfte, das Kind zu retten, so berieth man sich über die Tracheotomie, und beschloss, den Kranken um 10 Uhr Abends noch einmal zu sehen. Das Zimmer liess man bis auf eine Temperatur von 68° erwärmen.

10 Uhr. Krupöse Respiration, ausserhalb des Zimmers vernehmbar,

stark zischendes Geräusch beim Ausathmen; dennoch schien das Kind im Allgemeinen weniger krank zu sein. Es hatte wiederholte Anstrengungen zum Brechen gemacht, und die Haut transpirirte reichlich. Auch starke Darmentleerungen waren erfolgt. Da das Gesicht nicht mehr so livide aussah, und auch die Respiration weniger schwierig von Statten ging, so gab Dr. Bird vorläufig die Operation auf, und verordnete, die bisherigen Mittel alle 3 Stunden zu reichen. Um zu verhüten, dass die Zimmerluft zu trocken werde, wurde ein Gefäss mit Wasser auf die Ofenplatte in der Nähe des Bettes gestellt. Die Temperatur wurde gleichmässig auf fast 70° erhalten.

6. Dezember. Die Nacht war leidlich gewesen; das Kind hatte fast beständig geschlummert; der krähende Husten war seltener eingetreten, und wiederholtes Erbrechen erfolgt, womit pseudomembranöse Fetzen ausgestossen wurden. Die zischende Exspiration war lauter, das krupöse Einathmen aber schwächer, als am gestrigen Tage; die Körperoberfläche war weniger livide, und transpirirte reichlich; auch die Stuhlausleerungen waren in gehöriger Menge vorhanden, und hatten ganz das Ansehen wie gehackter Spinat. Die Arzneimittel wurden jetzt nur alle 4 Stunden gereicht, die heissen Fomentationen aber fortgesetzt.

7. Dezember. Bedeutende Besserung; krupöses Geräusch beim Einathmen viel schwächer, Exspiration noch zischend, Athmungsgeräusch im ganzen Umfange der Brust deutlicher wahrnehmbar; die Haut noch heiss, aber profus schwitzend; im Antlitz der Ausdruck grosser Erleichterung. Von jetzt an wurde nur alle 6 Stunden Arznei gereicht.

Der fernere Verlauf der Krankheit war ganz befriedigend; das Kind trat schnell in das *Stad. convalescentiae* ein. Das Quecksilber wurde nun ausgesetzt, mit dem Antimonpräparat aber so lange fortgefahren, bis der zischende Laut bei der Exspiration ganz verschwunden war. Die Temperatur des Zimmers wurde bis zum 8ten nicht ermässigt; während einer Woche wurde 3mal täglich 1 Gran *Ferrum hydrojodicum* gegeben.

Dr. Bird bemerkte: „Dies ist ein deutlich ausgeprägter Fall einer Krankheit, die in London gewiss zu den grossen Seltenheiten gehört; denn meiner Meinung nach darf man mit dem Ausdruck Krup nicht den häufigeren *Laryngismus stridulus,* oder die diphtheritische Affektion des Schlundes, *Cynanche membranacea,* bezeichnen, welche letztere bei Kindern im Laufe von Epidemieen des Scharlachfiebers

nicht selten vorkommt. Ich wundre mich, dass eine ganz entgegengesetzte Ansicht über diesen Gegenstand von einem hochverdienten Arzte, dem Dr. Copland, ausgesprochen worden ist, welcher den wahren Krup, den *Laryngismus stridulus* und die *Cynanche diphtheritica* ihrem Wesen nach für identisch erklärte. Ich muss jedoch gestehen, dass meine Erfahrungen mich in der Ansicht bestärkt haben, dass diese Affektionen sowohl pathologisch wesentlich verschieden sind, als auch eine ganz verschiedene Therapeutik erfordern. In der That begreife ich nicht die Analogie, die zwischen dem wahren Krup und dem *Laryngismus stridulus* stattfinden soll. In letzterer Krankheit finden wir oft genug gar keine Spuren materieller Veränderung in der Luftröhre; das Fieber fehlt in der Regel ganz, das Kind ist oft ganz wohl, und im Stande, in den Intervallen der Paroxysmen zu spielen. Der wahre Krup ist nach meinen Erfahrungen, die mit denen Anderer übereinstimmen, eine in London sehr seltene Krankheit. Das Resultat der Behandlung ist nur zu häufig ein ungünstiges, entweder weil der Kranke zu spät in ärztliche Behandlung gelangt, oder die Krankheit in ihrem Beginn verkannt wird; und nur in dem Entwickelungsstadium derselben darf man noch einige Hoffnung auf einen glücklichen Erfolg hegen. Ich gebe viel auf den Gebrauch des Brechweinsteins, und zwar in solchen Dosen, die längere Zeit hindurch nauseos wirken. Nach den örtlichen Blutentleerungen scheint mir dies das beste Mittel, welches man anwenden kann. In der Mehrzahl der Fälle, die ich zu behandeln hatte, und welche tödtlich endeten, wurden die Leiden der kleinen Kranken durch einen häufig eintretenden *Spasmus glottidis* bedeutend gesteigert, und in zwei Fällen schien der Tod selbst eine Folge dieser krampfhaften Affektion zu sein, welche durch einen pseudomembranösen Fetzen, der lose im Larynx lag, erregt wurde. Mit Rücksicht auf diesen Umstand wurde in obigem Falle das Opium verordnet, und dem Gebrauche dieses beruhigenden Mittels schreibe ich grösstentheils die Erleichterung und endliche Wiederherstellung des Kindes zu, indem das Opium die Irritabilität des affizirten Organs herabstimmte, den Husten minderte, und die krampfhaften Paroxysmen abkürzte. Das Einathmen warmer feuchter Luft leistete treffliche Dienste, indem es sowohl die Temperatur der Körperoberfläche gleichmässig erhielt und Diaphorese bewirkte, als auch die Irritabilität des Schlundes und Kehlkopfes verminderte. So selten nun auch diese Krankheit ist, so kommt sie doch, gleich anderen, zu einer und derselben Zeit öfters vor. So habe ich

im Dezember 3 Fälle derselben beobachtet. Die beiden letzten Fälle waren nicht sehr heftig; die Dyspnoe war weit geringer, als in dem oben mitgetheilten Falle, und die in den Larynx und die Trachea erfolgte Ausschwitzung zeigte kaum einen plastischen Charakter; in beiden Fällen hatten Emetika den trefflichsten Erfolg."

Dr. Willshire: er hat bis jetzt nur einen Fall von wahrem entzündlichen Krup beobachtet. Er hält die akute Bronchitis für eine sehr gewöhnliche Komplikation der Masern, und behandelt sie mit der Applikation von Blutegeln auf die Brust, dem dreistündlichen Gebrauch von 2 Gran Kalomel und ¼ Gran *Tart. emet.,* und der Anwendung der Ipekakuanha in voller Gabe als Brechmittel.

Hr. Headland: er hält den Krup auch für eine sehr seltene Krankheit. Er bedauert, dass in Dr. Bird's Falle so viel Mittel angewendet wurden, so dass man nicht im Stande sei zu beurtheilen, welchem Mittel der Erfolg der Kur beizumessen sei. Seine eigene Meinung sei, dass besonders *Tart. emeticus* und das Paregorikum die Wiederherstellung bewirkt hätten.

Hr. Robarts behauptet dagegen, dass kopiöse Blutentleerungen durch Blutegel vor allen Kurmethoden des Krups den Vorzug verdienen.

Hr. Dendy bezeugte den Nutzen der Verbindung des Kalomel mit dem *Tart. emet.* in dem Exsudationsstadium der Krankheit.

B. *Westminster medical Society* in London.

Paralyse der *Portio dura* bei einem Kinde.

Dr. Chowne berichtete einen Fall von Paralyse der *Portio dura,* von welcher ein Kind von 10 Monaten befallen wurde.

James Loft, ein hübsches Kind mit blauen Augen und blondem Haar, wurde von seiner Mutter zum Dr. Chowne gebracht, weil er im Sprechen ungewöhnlich zurückgeblieben war. Das Kind war zu dieser Zeit 22 Monate alt, und hatte 18 Zähne. Das Gesicht war etwas nach der linken Seite verzogen, was schon im ruhigen Zustande des Kindes, wenn auch nicht in hohem Grade, bemerkbar war, aber deutlich hervortrat, sobald das Kind lächelte, ganz besonders aber, wenn es schrie. Der Mundwinkel wurde dann nach einer Seite hin gezogen, die Oberlippe an derselben Seite in die Höhe gezerrt, wodurch

der Mund an der linken Seite offen stand, während er an der rechten fast geschlossen war.

Im ruhigen Zustande des Kindes schienen die beiden Augen gleich weit geöffnet zu sein; doch bemerkte man in der Regel, wenn auch nicht immer, eine grössere Anhäufung von Thränen auf der Oberfläche des rechten Auges, als auf der des linken; auch blieben dieselben länger unter dem untern Augenlide des erstern. Berührte man mit dem Finger die Wimpern des rechten Auges, so schlossen sich die Augenlider nur zum Theil, während die des linken Auges sich sofort vollständig schlossen, ohne dass es eines anderen Reizes, als des am rechten Auge angebrachten, bedurfte. Während des Schlafs stand das rechte Auge offen, das linke war geschlossen.

Wenn das Kind lachte oder schrie, so war die rechte Gesichtshälfte ganz unbeweglich und ausdruckslos, während die linke in voller Thätigkeit und Aufregung war. Das Kind war verständig und munter.

Die Mutter hatte bis vor 10 Monaten nichts Ungewöhnliches an ihrem Kinde bemerkt. Zu dieser Zeit aber machten die Verwandten sie auf den Zustand des Gesichts aufmerksam. Sie erinnerte sich nicht, dass das Kind auf irgend eine Weise verletzt worden, noch jemals eine Krankheit überstanden habe, welche die Aufmerksamkeit auf den Kopf, das Ohr oder das Antlitz selbst gelenkt habe.

Zu der Zeit, wo Dr. Chowne das Kind sah, wurden eröffnende Mittel verordnet, und jede Spur von Indisposition verschwand danach, während die Paralyse unverändert fortbestand.

Dr. Chowne bemerkte, dass die Paralyse des Facialis bei so jungen Kindern eine sehr seltene Affektion sei. Ueber die Ursache derselben in diesem Falle war er nicht im Stande Auskunft zu geben. Die Entbindung war keine schwierige gewesen. — Dr. Reid bemerkte hierauf, dass er 2 Fälle von partieller Lähmung des Antlitznerven beobachtet habe, die durch den Druck der Zange auf den Kopf des Kindes während der Entbindung entstanden waren.

VI. Miszellen und Notizen.

Woran erkennt man eine gute Amme? — Devergle, der die Oberaufsicht über das öffentliche Institut für Ammen in Paris hat, spricht sich in einer Abhandlung über den Werth der von Donné angegebenen mikroskopischen Untersuchung der Milch (s. Bd. I. Heft 5. S. 345) aus, der wir Folgendes entnehmen:

Unter dem Mikroskop zeigt die Ammenmilch Kügelchen von drei verschiedenen Grössegraden; diejenige, welche die grössesten enthält, ist die nahrhafteste. Die von mittlerer Grösse sind am zahlreichsten vorhanden. Die Milch mit grossen Kügelchen (welche indess von manchen Kindern nicht ertragen wird) findet man gewöhnlich, doch nicht ausschliesslich, beim sanguinisch-lymphatischen Temperament. Die Anzahl der Kügelchen (oder der Reichthum der Milch) steht nicht immer mit ihrer Grösse im Verhältniss. Grosse Kügelchen trifft man bisweilen bei Ammen an, deren Aeusseres nicht ansprechend ist. Es zeigt sich zuweilen eine bedeutende Verschiedenheit in der Milch der beiden Brüste, die oft von der Angewöhnung, vorzugsweise an einer Brust saugen zu lassen, herrührt.

Der Wiederbeginn des Nährens nach einem längeren Aussetzen, ist immer mit einer Steigerung des Reichthums der Milch verbunden. Das Alter der Milch, das der Amme, die Farbe ihres Haars, bieten keine entsprechenden mikroskopischen Erscheinungen dar. Brüste von mittlerer Grösse liefern die beste Milch.

Der Verf. schliesst seine Abhandlung mit folgenden Worten:

„Eine gute Amme muss eine Frau von 25 bis 30 Jahren sein, von kräftiger Konstitution, mit breiter Brust, sanguinisch-lymphatischem Temperament, braunem Haar, weissen und gesunden Zähnen, frischer Gesichtsfarbe und gefärbten Lippen. Ihre Brüste müssen eine pyramidenähnliche Form haben, mit genau abgegrenzten Warzen, ohne dass die Venen zu sehr entwickelt oder die Areolae zu ausgedehnt sind. Die in einen Löffel geträufelte Milch muss weiss sein, ins Bläuliche spielend, nicht zu dick und von süssem Geschmack. Bei der mikroskopischen Untersuchung wird man auf die Grösse und Zahl der Kügelchen achten. Ist sie auch in dieser Beziehung von genügender Beschaffenheit, so kann sie doch dem Kinde schädlich sein, wenn dessen Assimilationskraft der Milch von der beobachteten Art nicht entspricht. Wenn die Gesundheit des Kindes durch die Ammenmilch

leidet, so kann das Mikroskop dazu dienen, die Verschiedenheiten dieser Milch von denen einer neuen Amme aufzufinden, und somit verhütet werden, dass man eine wählt, wo dieselben Abnormitäten sich dem Auge darbieten. Doch giebt es Veränderungen in der Beschaffenheit der Milch, von denen wir nichts wissen, und deren Wesen das Mikroskop nicht aufhellen kann."

Chlorkali gegen den Brand des Mundes und gangränöse Geschwüre des Halses. Dr. Hunt empfiehlt den Gebrauch des Chlorkali gegen den Brand des Mundes und gangränöse Geschwüre des Halses, und zwar je nach dem Alter des Kindes zu gr. xx — lx in 24 Stunden in getheilten Dosen und in Wasser gelöst. Die wohlthätige Wirkung zeigt sich oft schon am folgenden Tage, fast immer am zweiten; der unangenehme Geruch aus dem Munde nimmt ab, die Geschwüre verlieren den putriden Charakter, der Ausfluss des Speichels vermindert sich. Ist eine einfache Ulzeration vorhanden, so heilt sie schnell; ist ein Schorf vorhanden, so löst er sich bald los, und das Geschwür ist mit gesunden Granulationen bedeckt. „In keiner Krankheit", sagt H., „habe ich die günstigen Wirkungen irgend eines Mittels so bald erfolgen sehen, wie hier die des Chlorkali." (*Medico-chirurgical Transactions.*)

VII. *Bibliographie.*

Pye R. Chavasse. *Advice to Mothers on the management of their Offspring.* 3 Edit. London 1843. 8. pp. 213.

Maine (du Havre) Dr. Med. *Nouveau Guide des Mères de Famille, ou Education physique, morale et intellectuelle de l'enfance, basée sur l'organisation et comprenant depuis la naissance jusqu'à la septième année. Paris* 1843. 6 Fr.

Amussat (J. Z.) *Troisième mémoire sur la possibilité d'établir un anus artificiel dans la region lombaire gauche sans ouvrir le peritoine chez les enfans imperforés. Paris* 1843. 8. 3 Fr.

Jedes Jahr erscheinen 12 Hefte in 2 Bänden. — Gute Original-Aufsätze über Kinderkrankh. werden erbeten und am Schlusse jedes Bandes gut honorirt.

JOURNAL FÜR KINDERKRANKHEITEN.

Aufsätze, Abhandlungen, Schriften, Werke, Journale etc. für die Redaktion dieses Journals beliebe man kostenfrei an den Verleger einzusenden.

BAND II.] BERLIN, APRIL 1844. [HEFT 4.

I. *Abhandlungen und Originalaufsätze.*

Ueber das Wesen und die Behandlung des spontanen Lungenbrandes bei Kindern, von Dr. Ernest Boudet in Paris.

(Fortsetzung, s. voriges Heft S. 182.)

Beobachtung V.

Marie Taval, 10 Jahre alt, wurde am 10. Juli 1840 in den Katharinensaal des Kinderhospitals aufgenommen. Ihre Mutter ist eine magere, schwächliche Frau, die sich stets in einem leidenden Zustande befindet. Sie selbst, in Paris geboren, auf dem Lande von einer schlechten Amme genährt, war stets von sehr zarter Konstitution. Obgleich sehr früh vakzinirt, wurde sie doch später von einem Pokkenausschlage befallen, der sich indessen als ein gutartiger erwies. Von den Masern und dem Scharlach war sie verschont geblieben; dagegen litt sie fast konstant an Drüsenanschwellungen, die jedoch nie in Eiterung übergingen. Armen, nothleidenden Eltern angehörend, war sie durch kärgliche und schlechte Nahrung, eine enge und feuchte Wohnung, ärmliche Kleidung u. s. w. nach und nach im hohen Grade elend und schwach geworden. Vor einem Jahre hatte sie durch ein Wagenrad, das über einen ihrer Füsse hinwegging, einen Beinbruch erlitten und davon eine Fistel an der betreffenden Parthie zurückbehalten. Vor sechs Wochen trat eine Anschwellung der Wangen und der Unterkiefergegend ein, und drei Wochen später öffnete sich unter dem Kinne ein Fistelgang. Am 7. Juli, berichtete die Mutter ferner, wurde sie von Fieber ergriffen, worauf eine Art Somnolenz und dann mehrmaliges Erbrechen eintrat. Am 8ten stellten sich im Rücken, in der Nierengegend und im Unterleib stechende Schmerzen ein. Kein Husten, keine Diarrhoe. Am 10ten des Morgens erschienen auf der ganzen Oberfläche des Körpers, namentlich aber auf den Extremitäten,

violette Flecke. (Die Eltern versicherten, dass die Kranke vor diesem Tage keine Spur eines Ausschlages gezeigt hätte.)

Bei der Aufnahme bot sie folgende Erscheinungen dar: Sie war eine Brünette, zeigte aber nichtsdestoweniger deutliche Merkmale einer lymphatischen Konstitution, ohne dass man jedoch andere Spuren der Skrophulosis bemerken konnte, als die Anschwellungen der Halsdrüsen; welke Muskeln, mässige Magerkeit, etwas violette Haut, blaue Ringe um die Augen; intensives Fieber (Puls 124, klein, schwach, regelmässig), keine anginöse Beschwerden, keinen Husten, stark injizirte Konjunktiven, besonders die des linken Auges; auf der vorderen Fläche der Oberschenkel eine grosse Anzahl diskreter, umschriebener, unregelmässiger, violetter Flecke, die beim Fingerdruck nicht verschwinden, auf den Unterschenkeln, oberen Extremitäten und dem Stamme ebenfalls einige wenige, jedoch kleinere Flecke.

Den 11ten. Es hat sich seit gestern ein neuer Ausschlag entwickelt, der sich durch lebhaft rosenrothe, unregelmässige, aber scharf begrenzte, nicht erhabene, unter dem Finger verschwindende Flecke charakterisirt, vorzüglich das Gesicht und die Arme einnimmt und nichts anders als ein Masernexanthem ist. Die Fistelöffnung unter dem Kinn ist von einem schwarzen Ring umgeben und verbreitet einen sphazelösen Geruch; die innere Mündung des Fistelganges befindet sich unter der Zunge gegen die linke Seite der Mundhöhle hin. Die benachbarten Zähne sind in Folge der Erweichung des Zahnfleisches locker. Auf dem Rücken des Fusses, an derjenigen Stelle, wo früher der Bruch stattgefunden hatte, bemerkt man eine grosse, schwarze, harte, ziemlich dicke, jedoch plattgedrückte Masse, welche das Ansehen eines Mumientheils gewährt. (Injektionen von China-Abkochungen in die Fistel, Klystiere, mässige Diät.)

Den 12ten. Aeusserste Niedergeschlagenheit; das Gesicht fällt ein und ist entstellt, die Haut verliert ihren *Turgor vitalis* und nimmt eine matt violette Farbe an. Gestern hat die Kranke mehrere schwärzliche Stühle gehabt, in welchen man sehr deutlich eine Mischung von Blut mit Fäkalmaterie erkannte. Der Urin sieht aus wie Wasser, in welchem man den Blutkuchen eines Aderlasses abgespült hat.

Die Kranke wirft schwärzliches Blut von widrigem Geruche aus, und auch aus der Fistel fliesst ein ähnliches Fluidum; der Brand an der äusseren Oeffnung dieses Kanals verbreitet sich immer mehr. Auch der Brandschorf am Fusse wird etwas grösser. Die Haut ist kalt, das Gesicht hippokratisch. Der Masernausschlag ist fast gänzlich ver-

schwunden, die noch zurückgebliebenen Flecke sind blass. (Dieselbe Behandlung.)

Den 13ten. Die Kranke entleert durch Mund und After eine grosse Menge Blutes; sie hat noch eine gewisse Lebensenergie, — stirbt aber plötzlich um 10 Uhr Morgens.

Leichenöffnung, 21 Stunden nach dem Tode, bei einer Temperatur von + 18° und einer etwas feuchten Luft; die Leiche hatte die ganze Zeit über auf dem Rücken gelegen. Die Abmagerung war wegen eines allgemein hydropischen Zustandes nicht besonders stark ausgesprochen. Die Masernflecke waren ganz verschwunden, die der Purpura dagegen noch vollständig erhalten, so zwar, dass einige nur die Haut, andere nur das subkutane Zellgewebe einnahmen, noch andere in diesen beiden Gewebtheilen zugleich ihren Sitz hatten. Ausserdem bemerkte man zahlreiche Sugillationen, und hier und da beginnende Fäulniss.

Die Pleurahöhlen enthielten eine mässige Quantität (jede 60 — 90 Gramm.) einer röthlichen blutigen Flüssigkeit; am unteren Rande fast aller Rippen war auch das subseröse Zellgewebe von einem ähnlichen Fluidum infiltrirt.

Die rechte Lunge war der Sitz zahlreicher Ekchymosen, besonders an den hinteren Parthieen. Das Gewebe derselben war brüchig, zerreiblich, von livid rother Farbe und nur stellenweise noch etwas knisternd.

Die linke Lunge zeigte dieselben Veränderungen, und ausserdem am oberen hintern Theil des unteren Lappens oberflächlich eine krankhafte Stelle von der Grösse eines Fünffrankenstücks, und an derselben Stelle auf der Pleura ein Rudiment einer sehr dünnen, unregelmässig gestalteten Pseudomembran. Das darunter befindliche Lungengewebe war von violett livider Farbe, erweicht und von sphazelösem Geruch. Diese Veränderung ging unmerklich in die ödematöse Erweichung des grösseren Theils des Parenchyms über, und erstreckte sich ungefähr einen Finger dick in die Tiefe. Nur sehr wenige Parthieen dieser Lunge knisterten zwischen den Fingern. Der obere Lappen enthielt eine eingekapselte Tuberkelmasse von geringem Umfange.

Mehrere Bronchialdrüsen enthielten einige rohe Tuberkel.

Das Perikardium enthielt eine geringe Menge serös blutiger Flüssigkeit. Die Herzhöhlen waren von flüssigem Blute angefüllt, und zwar in beiden Hälften von einer gleichen Menge; dasselbe enthielt, eben so wie in den grossen Venen, Luftblasen. Die Aorta war fast

in ihrer ganzen Ausdehnung violett gefärbt und enthielt flüssiges Blut. Das Gewebe des Herzens war blass und brüchig.

Der Unterkiefer war in der Nähe des Fistelganges, welcher fast in seiner ganzen Länge brandig erschien, an mehreren Stellen von seinen Weichtheilen entblösst. Die Mundhöhle enthielt einen blutigen, stinkenden Schleim. Die Speiseröhre und der Magen, besonders aber das letztere Organ, zeigten zahlreiche Petechien und enthielten eine geringe Quantität einer blutigen, nicht stinkenden Flüssigkeit. Auch im übrigen Theil des Alimentarkanals waren die Schleimhaut und das submuköse Gewebe von Petechien besetzt. Die Konsistenz der Häute dieses Kanals war überall geringer als im normalen Zustande. Die Blätter des Mesenteriums waren von Blut infiltrirt, die Drüsen desselben enthielten einige Tuberkel.

Die Leber zeigte auf ihrer Oberfläche, unter ihrem serösen Ueberzuge, zahlreiche Petechien, das Parenchym war weich und zerreiblich.

Die Milz war an ihrer Oberfläche mit Ekchymosen besetzt, ihr Gewebe zu einer Art lividem Breie, von unangenehmem, etwas stinkenden Geruch, umgewandelt.

Die Nieren waren von violetter Farbe, ekchymotisch und zerreiblich; die Nierenbecken enthielten flüssiges Blut (jedes 10—12 Gramm.).

Die Harnblase enthielt ungefähr 90 Grammen flüssigen, mit etwas Harn gemischten Blutes, und auf ihrer inneren Fläche bemerkte man ebenfalls Ekchymosen.

Die Vagina war an vielen Stellen von Blut infiltrirt.

Die Höhle der Arachnoidea und das dieser Membran angehörende Zellgewebe, so wie die *Piamater*, enthielten eine beträchtliche Menge einer serös-blutigen Flüssigkeit. Das grosse und kleine Gehirn waren erweicht, injizirt und sehr zerreiblich.

Die grossen Gefässe enthielten eine bedeutende Quantität vollkommen flüssigen Blutes. —

In diesem Falle finden wir eine Menge äusserst ungünstiger Gesundheitsumstände mit einander vereinigt. Es handelt sich hier um ein skrophulöses, unter einem höchst ungünstigen Regimen aufgewachsenes Mädchen, das bereits an Karies der Fussknochen und an Drüsenanschwellungen am Halse leidet. Unter diesen Umständen wird dann die Schleimhaut der Wangen in Ulzeration versetzt, und es entsteht eine Fistel, die sich nach aussen öffnet. Bald darauf tritt eine ***Purpura haemorrhagica*** ein, und am nächsten Tage erscheint ein Masernausschlag und fast gleichzeitig feuchter Brand in der Fistel und

trockener Brand im Fussgeschwür, — eine merkwürdige Koinzidenz, die zu beweisen scheint, dass der trockene und feuchte Brand eigentlich identisch und nur der Form nach verschieden seien, und diese Verschiedenheit einzig und allein durch die Möglichkeit oder Unmöglichkeit der Verdampfung der flüssigen Theile bedingt werde.

Gleichzeitig mit dem Munde und Fusse wird auch die Lunge brandig, und dabei zeigt sich das Blut in hohem Grade verändert, es entleert sich in grosser Menge durch die natürlichen Oeffnungen und sucht überall aus den Gefässen auszutreten, wie im Skorbut.

Nach dem Tode finden wir überall Spuren einer während des Lebens stattgefundenen Dissolution des Blutes. In den Herzhöhlen und grossen Gefässen ist es ganz flüssig und mit Luftblasen vermischt; die Gefässwandungen sind violett gefärbt und stark von Blut getränkt. Ausserdem sind fast alle seröse und muköse Häute und viele parenchymatöse Organe mit zahlreichen Ekchymosen besetzt, die Milz ist in einen Brei umgewandelt; in die Nierenbecken, die Harnblase, die Scheide und den Darmkanal ist eine Menge flüssigen Bluts ausgeschwitzt; das Unterhaut-Zellgewebe ist ödematös; endlich ist die Basis der linken Lunge von einem diffusen, oberflächlichen Brand ergriffen. Kann es nun wohl stärkere Beweise von der stattgehabten Auflösung des Blutes geben, als diese?

Ich will nun die Hauptfragen, die sich bei der Betrachtung unseres Gegenstandes ergeben, der Reihe nach näher erörtern, und werde damit beginnen, dass ich die Häufigkeit des Lungenbrandes bei Kindern, im Verhältniss zu derselben bei Erwachsenen und Greisen, nach den von mir beobachteten Thatsachen feststelle.

I. Frequenz.

Hierüber, so wie über den Lungenbrand der Kinder überhaupt, haben die bisherigen Schriftsteller fast ein gänzliches Stillschweigen beobachtet. In den wenigen Handbüchern über Kinderkrankheiten, in welchen diese Affektion beiläufig, bei Gelegenheit der Erörterung der Pneumonie, erwähnt wird, findet man gewöhnlich angegeben, dass sie am häufigsten in dem Alter von 20 bis 60 Jahren vorkomme. Rilliet und Barthez, welche in ihrem unlängst erschienenen Werke [1]) den Lungenbrand der Kinder zuerst sorgfältig bearbeitet haben, haben diesen Punkt unberührt gelassen.

---

1) *Traité clinique et pratique des maladies des enfans, par* Rilliet *et* Barthez. *2 vol. Paris* 1843. Deutsch bei Kollmann.

Um nun selbst diese Frage auf eine befriedigende Weise zu lösen, habe ich die Beobachtungen, welche ich während einer sechsjährigen Hospitalpraxis an 1422 Kranken jedes Alters, von denen 506 gestorben und sorgfältig untersucht worden waren, gemacht hatte, übersichtlich zusammengestellt und die betreffenden Individuen ihrem Alter nach in Kinder, Erwachsene und Greise abgetheilt. Aus einer vergleichenden Uebersicht der Verstorbenen — und ich habe nie die Symptome des Lungenbrandes bei einem Lebenden beobachtet, ohne dass der Tod darauf erfolgt wäre, — ergab sich nun Folgendes: Bei Kindern von 12 bis 15 Jahren kam 1 Fall von Lungenbrand auf 27 Sterbefälle; bei Erwachsenen 1 auf 78; bei Greisen 1 auf 110 [1]). Aus diesem Zahlenverhältniss scheint also hervorzugehen, dass der Lungenbrand im jugendlichen Alter eine weit häufigere Erscheinung sei, als in den vorgerückteren Lebensperioden. Und dieses ist mir in der That um so wahrscheinlicher, als sich auch in Betreff der Häufigkeit des spontanen Brandes anderer Organe in den verschiedenen Lebensabschnitten ein ganz ähnliches Verhältniss herausgestellt hat. Ich fand nämlich bei Kindern 1 Fall von Brand auf 9 Sterbefälle, bei Erwachsenen 1 auf 26, und bei Greisen 1 auf 24.

Hinzufügen will ich noch, dass zur Zeit, wo ich diese Beobachtungen gesammelt habe, keine Krankheit von bösartiger oder zum Brand besonders disponirender Natur geherrscht hat.

II. Pathologische Anatomie.

Der Brand der Kinder zeigt eine besondere Neigung sich zu verbreiten. Unter 5 Fällen hatte er 4mal zu gleicher Zeit die Lunge und andere Organe ergriffen; 2mal waren beide Lungen zugleich davon affizirt. Auch scheint er an bestimmten Stellen dieses Organs vorzugsweise seinen Sitz zu wählen. So habe ich ihn am häufigsten die unteren, hinteren Lungenparthieen ergreifen und von hier aus sich nach

---

1) Tabellarische Uebersicht:

Alter.	Zahl der Leichenöffnungen.	Fälle von Lungenbrand.	Verhältniss derselben zu den Sterbefällen.	Fälle des spontanen Brandes and. Organe.	Summe der Fälle v. Brand.	Verhältniss derselben zu den Sterbefällen.
Kinder . . .	135	5	1 : 27	9	14	1 : 9.
Erwachsene .	156	2	1 : 78	4	6	1 : 26.
Greise	220	2	1 : 110	7	9	1 : 24.
Summa	511	9		20	29	

aussen fortpflanzen gesehen [1]). Daher denn jene weit verbreiteten Zerstörungen, jene Brandheerde im *Mediastinum posterius*, jene Perforationen des selbst durch seine doppelte Muskelschicht nicht geschützten Oesophagus, die wir oben gesehen haben.

Eine Fistel, die das *Cavum pleurae* mit den Bronchien in Verbindung gesetzt hätte, habe ich nicht beobachtet, wohl aber liess sich in zwei Fällen aus der bereits zerstörten Lungenpleura mit Wahrscheinlichkeit schliessen, dass eine Entleerung der brandigen Stoffe in jene Höhle erfolgt sein würde, da keine Adhäsionen vorhanden waren, um dieses Ereigniss zu verhüten.

Trotz der Neigung, sich zu verbreiten, scheint der Lungenbrand dennoch bei Kindern eben so gut heilen zu können, wie bei Erwachsenen. Der Brandschorf wird durch eine Pseudomembran von dem übrigen Lungenparenchym getrennt, und dadurch der Zerstörung Einhalt gethan, wie ich dies in einem Falle beobachtet habe. (Beobachtung III.) Jedoch scheint hier, wenn auch an einer Stelle vollständige Heilung erfolgt war, die Verbreitung des Brandes nicht ganz aufgehalten worden zu sein, da man in einiger Entfernung von der Narbe frische Spuren desselben fand.

So wie bei Erwachsenen kann man auch bei Kindern, in Bezug auf die Ausdehnung der einzelnen Brandstellen, einen umschriebenen und einen nicht-umschriebenen Brand unterscheiden; allein nach dem, was ich bei letzteren beobachtet habe, halte ich es für zweckmässiger, drei Formen dieser Affektion anzunehmen, von denen die beiden ersteren dem umschriebenen, die letztere dagegen dem nicht-umschriebenen Brande entspricht. Es sind folgende:

1) Die Plattenform, die sich durch einen flachen, rundlichen Brandschorf charakterisirt, der unter der Pleura liegt und mit einer Pseudomembran von gangränösem Ansehen bedeckt ist. (Beobacht. V.)

2) Die Kernform, die mit der lobulären Pneumonie grosse Aehnlichkeit hat, indem sie sich wie diese durch kleine, runde, im Lungengewebe zerstreute Massen auszeichnet, deren Zentrum in einen fauligen Brei umgewandelt ist. (Beobachtung IV.)

3) Die diffuse Form, welche alle Varietäten umfasst, die sich den beiden vorhergehenden Formen nicht anreihen lassen. Von der Art sind jene grossen unregelmässigen Brandschorfe, die bei ihrer voll-

---

1) Unter 5 Fällen hatte der Brand im oberen Lungenlappen seinen Sitz 1 mal, im mittleren 2mal und im unteren 3mal.

ständigen Erweichung und Entleerung mehr oder weniger beträchtliche Exkavationen zurücklassen. (Beobacht. I. und II.)

Die Ausbreitung und die Zahl der Brandheerde, so wie der Zustand der benachbarten Bronchien, haben mir nichts Besonderes dargeboten, ausser dass in einem Falle die Enden der zu einem sehr umfänglichen Brandheerde verlaufenden Bronchialäste erweicht erschienen. (Beobacht. II.) Ausserdem muss ich daran erinnern, dass in dem zuerst mitgetheilten Falle zwei Brandexkavationen geronnene Milch enthielten, welche höchst wahrscheinlich durch den Oesophagus in dieselben gelangt war, und dass in demselben Falle auch eine Hämoptysis stattgefunden hatte. Trotz der sorgfältigsten Untersuchung habe ich in der Umgebung des Brandheerdes keine zerrissenen Gefässe wahrnehmen können; ich weiss daher nicht, ob die Hämorrhagie die Folge der Zerstörung des Lungenparenchyms, oder die einer einfachen Ausschwitzung gewesen ist, welche letztere die flüssige Beschaffenheit, die das Blut nach dem Tode zeigte, wohl erklären würde.

Der Zustand der den brandigen Heerd umgebenden Lungenpartbieen verdient unsere besondere Aufmerksamkeit. In der That kann man nur durch eine genaue Untersuchung derselben die Frage entscheiden, ob der Lungenbrand in manchen Fällen die Folge eines subakuten Entzündungsprozesses sei, oder nicht. Die von mir mitgetheilten Fälle sprechen keinesweges zu Gunsten der erstern Ansicht. Nur ein Mal (Beobacht. IV.) hatte der Brand in hepatisirten Lungentheilen seinen Sitz, in den übrigen vier Fällen hatte er sich inmitten eines karnifizirten, tuberkulösen, oder im Zustande der Anschoppung befindlichen Lungengewebes entwickelt, ohne dass er von irgend einer Erscheinung begleitet war, die darauf hingedeutet hätte, dass eine Entzündung an der Entstehung desselben Antheil gehabt habe. Ueberdies muss man erwägen, dass der Brandschorf sehr häufig in dem ihn umgebenden Lungenparenchym einen entzündlichen Prozess hervorruft, so dass es nach dem Tode aus der blossen Anschauung schwer zu entscheiden ist, ob die vorhandenen inflammatorischen Erscheinungen primären oder sekundären Charakters sind. Es bedarf daher, um diese Frage zu lösen, anderer Kriterien. In einem Falle fand sich in einem Lungenlappen, welcher demjenigen gerade gegenüber lag, in dem der Brand seinen Sitz hatte, ein Abszess von dem Umfange ungefähr einer Mandel.

Eine besondere Eigenthümlichkeit, welche die Leichen am Lungenbrande verstorbener Kinder darbieten, ist die Schnelligkeit, mit

welcher nach dem Tode die Fäulniss in den, den brandigen Parthieen angrenzenden Geweben eintritt. In einer Leiche (Beobachtung I.), welche innerhalb der ersten 24 Stunden nach dem Tode geöffnet wurde, waren die Weichtheile der rechten Brusthälfte, welche eine brandige Lungenparthie einschloss, bereits ganz grün, während in der linken Brustseite noch nicht eine Spur der Zersetzung zu bemerken war. Es ist mehr als wahrscheinlich, dass diese Fäulniss, welche sich so schnell nach Aussen hin verbreitet, auch in der Lunge selbst, namentlich in der Umgebung der brandigen Stellen, eintritt.

III. Symptome und Diagnose.

Hierüber werde ich nur wenig zu sagen haben, denn unter den 5 von mir beobachteten Fällen war der Brand nur einmal auf die Lungen allein beschränkt. In diesem Falle konnte man die Krankheit leicht an dem sphazelösen Geruch der ausgeathmeten Luft, an dem mittelst des Stethoskops wahrzunehmenden Gurgeln bei einem Subjekte, welches nie Symptome von Tuberkeln gezeigt hatte, ausserdem an der rasch fortschreitenden Abmagerung, an der Schwäche des Pulses, an der *Prostratio virium*, an der violetten Farbe, so wie an dem eigenthümlichen Ausdruck des Gesichts, erkennen. In den übrigen 4 Fällen erklärte sich der übelriechende Athem zur Genüge aus dem Brande des Mundes, so dass die Aufmerksamkeit gar nicht auf die Lungen gelenkt und die Natur der Krankheit verkannt wurde.

Der Brand des Oesophagus dürfte während des Lebens eben so wenig erkannt werden können, und ich wüsste in der That kein Zeichen, aus welchem sich mit Bestimmtheit auf diese Affektion schliessen liesse. Bei unsern Kranken war das Schlingen durchaus nicht erschwert; allerdings waren Schmerzen an der Basis der Brust und häufiges Erbrechen zugegen, allein es leuchtet ein, dass diese Symptome in einer Menge verschiedenartiger Affektionen der Kinder zu häufig vorkommen, als dass man ihnen im konkreten Falle irgend eine besondere Bedeutung beilegen könnte.

(Schluss im folgenden Hefte.)

Von der Uebertragung des Scharlachs, der Masern, Pocken, Syphilis und anderer Krankheiten auf den Fötus im Uterus. Eine Vorlesung von Dr. Robert Lee in London.

Vor einigen Jahren beobachtete ich ein neugeborenes Kind, dessen Leib, Schenkel und Beine mit grösseren und kleineren Pemphigusblasen, die eine trübe Flüssigkeit enthielten, bedeckt waren. Die Mutter war während der Schwangerschaft unwohl gewesen, schien aber keinesweges mit einer spezifischen Krankheit behaftet zu sein. — Lobstein und Jörg haben ebenfalls den Pemphigus bei Kindern gleich nach der Geburt angetroffen. — Eine junge verheirathete Dame, der ich in ihrer ersten Schwangerschaft sorgfältig meine Pflege angedeihen liess, zeigte in den letzten drei Monaten einen heftigen Heisshunger und befriedigte ihn auf alle Weise durch reizende reichliche Nahrung. Wenige Tage nach der Geburt des Kindes brach in Intervallen unter Fieber eine grosse Menge kleiner und grosser, dunkel gefärbter Bläschen auf dem unteren Theile des Bauches, den unteren Extremitäten, dem Halse und Kopfe hervor, die alle Charaktere des Pemphigus darboten. Derselbe erschien, bevor die Muttermilch in hinreichender Menge genommen war, um die Krankheit zu erzeugen, und ich zweifle nicht, dass diese vor der Geburt mitgetheilt worden. Zuerst, als ich den Ausschlag sah, hatte ich auf ein syphilitisches Leiden der Eltern Verdacht, der aber vollkommen ungegründet war; dieselbe Wirkung wird auch, wie Mauriceau deutlich dargethan hat (welcher erklärte, dass der Ausschlag nicht syphilitisch sei), durch einen aufgeregten plethorischen Zustand der Mutter in den letzten Monaten der Schwangerschaft, in Folge einer ähnlichen Ursache, wie im vorhergehenden Falle, nämlich unpassender Nahrungsstoffe, hervorgerufen. Dr. Webster, der dieses Kind mit mir behandelte, empfahl mit meiner Zustimmung, die Amme zu wechseln, und verordnete *Hydrargyr. cum Creta* gr. iß mit etwas Rheum Morgens und Abends, 14 Tage hindurch, worauf sich der Gesundheitszustand schnell besserte und der Pemphigus verschwand. Die Milch der Dame hingegen nahm nicht so schnell ab, und sie beschloss, unserer Absicht entgegen, einen Versuch zu machen, ihr Kind zum zweiten Male zu säugen; vorher aber legte sie das Kind ihrer Amme an, um die Warzen herausziehen zu lassen und sie so zum Saugen geeignet zu machen. Einige Tage darauf wurde das Kind der *Amme von* Fieber ergriffen, und der Pemphigus trat an allen Theilen

des Körpers hervor. Wenn ich mich recht entsinne, so hat Dr. Blundell in seinen Vorlesungen den Fall eines Kindes angeführt, das in der Behandlung des Dr. Lowder zweimal durch Merkur von der Syphilis befreit wurde, als sich aber die Symptome zum dritten Male wieder einstellten, vermuthete er, dass die Ansteckung von der Muttermilch ausgehe; das Kind wurde entwöhnt und ohne Schwierigkeit geheilt.

Die von Underwood Aufsprung der Haut genannte Krankheit, die *Induratio telae cellulosae,* wurde in einigen Fällen bei der Geburt vollkommen ausgebildet beobachtet. — Es giebt Beispiele, wo die Skarlatina, Masern und Pocken auf den Fötus im Uterus übertragen worden. Im vergangenen Jahre machte Dr. Montgomery bekannt, dass er eine Kranke behandelt habe, die vor einem Monat, als sie gerade von einem Anfall der Skarlatina genesen, entbunden wurde, und deren Kind an mehreren Stellen der Haut mit dem Ausschlage behaftet zur Welt kam. „Sehr viele Fälle von exanthematischen Krankheiten", bemerkt er, „beim unreifen Fötus und bei Kindern zur Zeit der Geburt sind bekannt gemacht worden. Vogel und Rosen erwähnen, dass sie Kinder, die mit den Spuren der Masern geboren wurden, gesehen hätten, und Guersant sah ein neugeborenes Kind mit diesem Exanthem, das von der Mutter angesteckt worden war."

Die Pocken sind nicht nur von der Mutter, wenn sie an der Krankheit litt, dem Fötus im Uterus übertragen worden, sondern das Kontagium wurde auch dem Fötus mitgetheilt bei vollkommener Gesundheit der Mutter.

Im 28sten Bande der *Philosophical Transactions* befindet sich die Geschichte einer Frau, die an den Pocken im milderen Grade leidend, mit einem todten Kinde zur unrechten Zeit niederkam, dessen ganzer Körper mit angefüllten Variol-Pusteln bedeckt war.

Noch ein anderer Fall wird im 46sten Bande mitgetheilt: „Eine schwangere Frau, die selbst lange vorher die Pocken gehabt hatte, pflegte sehr eifrig eine Dienstmagd während des ganzen Verlaufes der Krankheit. Zur bestimmten Zeit kam sie mit einem gesunden Mädchen nieder, auf dessen Haut, wie Dr. Watson versichert, deutliche Spuren der Pocken zu entdecken waren, die das Kind im Uterus durchgemacht haben musste, und derselbe Arzt versicherte, das Kind würde vor jeder späteren Ansteckung geschützt sein. Nach vier Jahren wurde der Bruder eingeimpft, und Dr. Watson erhielt die Erlaubniss von den Eltern, denselben Versuch an dem Mädchen zu machen. Die

Operation ward an beiden Kindern auf dieselbe Weise ausgeführt, und die benutzte Lymphe wurde bei beiden von einem und demselben Kranken genommen. Der Erfolg war indessen ein verschiedener; denn beim Knaben zeigte sich eine regelmässige Eruption, die gut verlief, am Arme des Mädchens hingegen stellte sich weder Entzündung noch Eiterung ein. Am zehnten Tage nach der Einimpfung des Stoffes wurde sie plötzlich bleich, fühlte sich zwei Tage hindurch sehr matt, und dann wieder ganz wohl. In der Umgegend des Einstichs erschien eine Pustel, derjenigen ähnlich, die man bisweilen bei Personen bemerkt, welche, früher mit der Krankheit behaftet, mit an den Pocken Leidenden verkehren." Dieser Fall beweist unzweifelhaft, dass das Kontagium der Pocken dem Fötus im Uterus mitgetheilt werden kann, wenn auch die Mutter nicht mit der Krankheit behaftet ist; und dasselbe fand bei Mauriceau statt, bevor er geboren war. Van Swieten, sagt Hunter, erwähnt ebenfalls, was Mauriceau von sich selbst berichtet. Dieser Schriftsteller bezeugt, dass er oft seinen Vater und seine Mutter habe sagen hören, dass Letztere mit ihm schwanger und ihrer Niederkunft bald entgegensehend, fortwährend mit einem ihrer Kinder, das an dem Pocken am siebenten Tage nach der Eruption starb, verkehrte, und dass den Tag nach dem Tode jenes Kindes Mauriceau das Licht der Welt erblickte, indem er fünf oder sechs wahre Pockenpusteln auf dem Körper hatte. „Es geht indessen", bemerkt Hunter, „aus diese Erzählung nicht hervor, ob Mauriceau sein ganzes Leben hindurch vor jeder späteren Ansteckung geschützt blieb oder nicht; aber zugegeben, dieser Ausschlag war wirklich der der Pocken, so möchte ich es bezweifeln, dass er von dem Kinde, welches daran starb, angesteckt worden, vielmehr scheinen die Pusteln Mauriceau's in ihrem Verlaufe mit denen des Kindes, welches starb, übereinzustimmen." Hunter glaubte, es gäbe zwei Arten, wodurch die Pocken dem Fötus im Uterus könnten mitgetheilt werden, einmal durch Ansteckung von der Mutter, wenn sie an der Krankheit leidet, zweitens dadurch, dass die Mutter die Pockenmaterie von irgend einer anderen Person aufnimmt, und diese durch den Verkehr jener Beiden auf das Kind übertragen wird, indem die Mutter selbst entweder zuerst affizirt wird oder nicht. Diese Ansicht war in der That schon früher von Dr. Mead bekannt gemacht worden, der einen Fall anführt zum Beweise, dass der Fötus im Uterus durch ein Kontagium angesteckt werden kann, dessen die Mutter nicht theilhaftig wurde. „*Eine Frau*, die lange Zeit vorher die Pocken überstanden hatte,

pflegte ihren Mann während dieser Krankheit gegen das Ende ihrer Schwangerschaft, und kam bald darauf nieder. Das Kind war todt, und der ganze Körper desselben mit Variol-Pusteln bedeckt."

Diese höchst merkwürdigen Fälle beweisen, wie ich glaube, genügend, dass das Pockenkontagium auf den Fötus übertragen werden kann, auch wenn die Mutter nicht von der Krankheit ergriffen wird; wenn aber Jemand noch den geringsten Zweifel über diesen Gegenstand hegen sollte, so wird er durch die zwei folgenden interessanten, von Dr. Jenner im ersten Bande der *Medico-chirurgical Transactions* mitgetheilten Fälle hinlänglich überführt werden. Es wird hierdurch erwiesen, dass es sehr wahrscheinlich ist, dass verschiedene andere Gifte dem Fötus mitgetheilt werden können und ihre spezifischen Wirkungen auf denselben äussern, ohne den Organismus der Mutter in ihren Bereich zu ziehen, und ohne dass wir im Stande sind, ihrem Ursprunge nachzuforschen.

„Vor ungefähr fünf Jahren", sagt Dr. Jenner, „wurde ich vom Dr. Croft aufgefordert, das Kind der Frau W. zu vakziniren. Die Vakzine-Flüssigkeit, die frisch von dem Arme eines anderen Kindes eingeimpft wurde, brachte kaum eine Wirkung, ausser einer kleinen Hervorragung an der Stelle, hervor, die nach einigen Tagen verschwand. Als ich mein Erstaunen darüber ausdrückte, weil solch ein Ereigniss höchst selten vorkömmt, so beseitigte Frau W. bald meine Verlegenheit durch folgende Erzählung. Wenige Tage vor ihrer Entbindung begegnete ihr ein sehr widerwärtig aussehender Mensch, dessen Gesicht mit Pocken bedeckt war. Der Geruch und das Aussehen des armen Menschen affizirte sie sehr, und als sie dieses Ereignisses bei ihrer Rückkehr nach Hause Erwähnung that, dachte sie nicht daran, dass ihr Kind dadurch leiden könnte, indem sie selbst als Kind die Pocken gehabt hatte. Das Kind schien einige Tage lang nach seiner Geburt ganz wohl zu sein, am fünften aber wurde es unwohl, und am siebenten brachen die Pocken hervor. Die Pusteln, die nur gering an Zahl waren, erlangten ihre völlige Reife. Dr. Croft, der das Kind behandelte, neugierig, sich von der Wirkung der Einimpfung dieser Pusteln zu überzeugen, brachte einem Manne ein wenig Eiter unter die Haut der Hand, der die Krankheit wirklich erzeugte. Frau W. selbst bemerkte kein Unwohlsein, noch zeigte sich irgend ein Ausbruch der Pocken im Hause."

„Ein anderer, in der Hauptsache dem obigen ähnlicher Fall wurde mir ausführlich mitgetheilt", sagt Jenner, „nämlich von Dr. Gervis. Derselbe

führt an: „„„Als die Pocken im Dorfe Woolson-Green, ungefähr 3 Meilen von Ashburton, den 6. Mai 1808 sich zeigten, vakzinirte ich eine arme Frau, die im letzten Monate der Schwangerschaft sich befand. Ich machte zwei Einstiche an jedem Arm, welche regelmässig verliefen, und sie überstand ohne irgend einen Unfall die Krankheit, indem sie nur am 10ten und 11ten Tage, als die Areola am ausgebreitesten war, wie gewöhnlich, klagte. Ich sah sie sehr oft während des Verlaufs der Vakzinepocken, und ein- oder zweimal nach ihrer vollkommenen Beendigung; ich kann daher mit Gewissheit versichern, dass sie während dieser Zeit an keinem anderen Symptome, als an den mit den Kuhpocken in Verbindung stehenden, litt. Von dieser Zeit an war sie vollkommen gesund, und bald darauf wurde sie von einem Mädchen entbunden, welches bei der Geburt einen Ausschlag zeigte, der sehr den echten Pocken im ersten Stadium der Krankheit ähnlich sah. Dies ereignete sich fünf Wochen nach ihrer Vakzination, und einen Monat nachdem sie sich der Ansteckung der Pocken, mit denen ihre eigenen drei Kinder und viele andere Individuen in demselben Dorfe behaftet waren, ausgesetzt hatte. Vierzehn Tage nachher besuchte ich das Kind, bei dem der Ausschlag zu einigen tausend, deutlich getrennten, und ihren Charakteren nach nicht zu verkennenden Pusteln angewachsen war. Um aber jeden Zweifel zu entfernen, armirte ich einige Lanzetten mit dem Gifte, und erzeugte die Pocken durch seine Einimpfung. Am 18ten Tage wurde das Kind von leichten Konvulsionen ergriffen und starb am nächsten Morgen.""

Das syphilitische Gift wird oft dem Fötus im Uterus vermittelst des mütterlichen Blutes mitgetheilt, und dieser geht entweder zu Grunde und wird zu früh ausgestossen in einem welken, putriden Zustande mit desquamirter Epidermis, oder wird lebend geboren, mit syphilitischen Ausschlägen bedeckt, oder mit Gonorrhoe oder purulenter Ophthalmie. Häufiger werden solche infizirte Kinder in einem scheinbar gesunden Zustande geboren, und die Krankheit äussert sich erst auf eine sehr deutliche Weise mehrere Wochen nach der Geburt; Flecke von kupferrother Färbung, von mehr oder weniger grossem Umfange, brechen über die ganze Körperoberfläche hervor, und Abschuppung der Epidermis tritt ein, ohne dass eine bedeutende Entzündung vorherging. „Man sieht diese Flecke von leicht kupferrother Färbung der Haut", bemerkt Lawrence, „besonders ausgedehnt und lebhaft im Gesicht, so dass dasselbe ein garstiges, geschundenes Aussehen hat; man findet grosse Fissuren an den Mundwinkeln, Aphthen auf der Schleimhaut

und Schmerzhaftigkeit um die Augenlider herum; die Nasenlöcher sind entzündet und empfindlich, und ein dickes, zähes, gelbes Sekret fliesst aus der Nase, so dass das Kind eine Art von schnüffelndem Geräusch hervorbringt, und die Respiration gleichsam gehindert zu sein scheint. Bei der Untersuchung findet man die Nasenlöcher durch diese dicke gelbe Materie verstopft. Mit diesen Symptomen verbunden, beobachtet man, wie natürlich zu erwarten ist, Abmagerung des Kindes, es wird runzlig, elend, unruhig und reizbar, deutliche Zeichen eines tief eingreifenden konstitutionellen Leidens; und in der That, wenn die Krankheit nicht bald gehoben wird, so geht das Kind zu Grunde." Die Anwendung des Merkurs mit Kreide ist hinreichend, und oft weicht die Krankheit dieser Behandlung, wenn für die gehörige Nahrung gesorgt wird. Verhältnissmässig tragen sehr wenige mit sekundärer Syphilis behaftete Frauen bis zur bestimmten Zeit aus, und der Ausstossung des Fötus geht gewöhnlich der Tod desselben vorher. Bisweilen werden die Kinder zu frühzeitig geboren, indem sie durch die Syphilis zu Grunde gegangen zu sein scheinen, obwohl die Mutter niemals an der Krankheit in irgend einer Form oder zu irgend einer Zeit des Lebens gelitten hat. Dies ist bestritten worden, aber ich zweifle keinesweges daran. Eine Frau kann ein Kind gebären, welches durch Syphilis getödtet worden, und doch braucht sie niemals an irgend einem lokalen oder konstitutionellen Symptom der Krankheit gelitten zu haben. Das Kontagium ist in diesen Fällen von ihr durch ihren Mann dem Kinde mitgetheilt worden, wie das Kontagium der Pocken übertragen wird, wenn es nicht wirklich vor der Zeit des Empfangens, wie Astruc annimmt, eingeführt worden.

Wenn das syphilitische Gift sich im Körper des Vaters oder der Mutter befindet, so wird sein verderblicher Einfluss auf die Vernichtung des Fötus in wiederholten Schwangerschaften sich äussern, und ich glaube, dass in der grösseren Zahl von Fällen von organischer Krankheit der Plazenta nicht eine Entzündung, sondern Syphilis die Strukturveränderung und den Tod des Fötus bedingt, und dass die gewöhnliche konstitutionelle Behandlung sekundärer Syphilis mit Merkur und Sarsaparille in Gebrauch gezogen werden sollte, wo eins oder mehrere Kinder im Uterus gestorben sind. Die bemerkenswertheste Erscheinung ist die Reihe von Jahren, welche zwischen der scheinbaren Heilung der Krankheit bei den Eltern und der Aeusserung ihrer Wirkungen an den Kindern vergehen. Ein Mann kann funfzehn Jahre oder noch länger frei von jedem Symptom der Syphilis, seine Frau

vollkommen gesund sein, und dennoch kann sein Blut so infizirt sein, dass alle seine Kinder zu früh durch die Syphilis zu Grunde gehen oder unzweideutige sekundäre Symptome gleich bei der Geburt oder bald nachher aufweisen. Es ist schwer einzusehen, warum Hunter an die Möglichkeit der Uebertragung der Syphilis auf den Fötus im Uterus gezweifelt hat, oder aus welchen Gründen Abernethy behauptete, der Fötus im Uterus werde erst nach dem sechsten Monate von der Syphilis ergriffen.

Mauriceau hat eine sehr ausführliche und genaue Auseinandersetzung der Symptome und Behandlung der Syphilis während der Schwangerschaft, und auf welche Weise sie entsteht, mitgetheilt. Er wusste, dass ein mit Syphilis behaftetes Kind die Krankheit einer gesunden Amme durch Säugen mittheilen kann, und er empfiehlt daher eine Ziege für das infizirte Kind zu halten, anstatt einer kräftigen Amme. In einem Aufsatze von Hey über die Wirkungen der venerischen Krankheit auf den Fötus im Uterus, der im 7ten Bande der *Medico-chirurgical Transactions* veröffentlicht ist, wird folgender merkwürdiger Fall aufgeführt. In den letzten Monaten des Jahres 1770 und im Beginn des Jahres 1771 bekam eine blinde Frau, die sich ihren Lebensunterhalt durch Hervorziehen der Brüste schwangerer Frauen erwarb, Geschwüre an den Mundwinkeln, die für syphilitische erklärt wurden. Sie hatte die Brüste einer Frau hervorgezogen, von der man vermuthete, dass sie syphilitisch sei, und die Geschwüre heilten erst, als sie auf dieselbe Weise, wie venerische, behandelt wurden. Mehrere Frauen, die sich ihre Brüste durch jene Frau verlängern liessen, wurden dadurch angesteckt.

Eine syphilitische Frau wurde während der Behandlung schwanger, und gebrauchte die ihr verordneten Arzneien fort, bis zum fünften Monate der Schwangerschaft. Am Ende des siebenten Monats trat eine Fehlgeburt von einem todten Kinde ein. Ich war bei der Entbindung zugegen, und fand nichts Krankhaftes in der Scheide oder den angrenzenden Theilen. Sie versicherte mich, diese Theile seien nie krank gewesen, und vor dieser Schwangerschaft hätte sie drei gesunde Kinder geboren. Bald darauf wurde sie wieder schwanger, erfreute sich fortwährend der besten Gesundheit und gebar ein anscheinend gesundes Kind, das sie selbst nährte. Als dasselbe sechs Wochen alt war, brach ein Ausschlag auf den Armen und Schenkeln hervor, den ich für syphilitisch halten musste. Ich schlug sogleich sowohl bei der Mutter als auch beim Kinde eine merkurielle Behandlung ein, indem

ich der ersteren kleine Dosen von Sublimat, dem letzteren *Hydrargyr. cum Creta* gab. In kurzer Zeit wurde das Kind hierdurch von dem Ausschlage befreit, doch wurde noch die Arznei eine Zeit lang fortgebraucht. Einige Monate später erschienen zwei oder drei kleine Geschwüre an der äusseren Fläche der grossen Schaamlippen des Kindes, und aus diesem Grunde wurde mit der Merkurialkur wieder begonnen und eine geringe Dosis von Sublimat hinzugefügt. Die Geschwüre heilten bald, aber einige Zeit darauf wurden die Nasenlöcher schmerzhaft und die Haut der Nase empfindlich, zugleich wurde die Stimme des Kindes heiser. Die merkurielle Behandlung wurde von Neuem in Gebrauch gezogen und zwei Monate fortgesetzt. Im nächsten Jahre kam die Frau wiederum mit einem bei der Geburt scheinbar gesundem Kinde nieder, was so einige Wochen hindurch andauerte. Kupferrothe Flecke zeigten sich darauf auf der Haut, verschwanden aber bald, als man zu Merkurialmitteln seine Zuflucht nahm. Nach einiger Zeit erschienen sie wieder und waren von einem kleinen Geschwüre an der Schaamlippe, wie im vorigen Falle, begleitet. Das Kind wurde indess durch eine wiederholte Behandlung mit Quecksilber vollkommen geheilt, und blieb gesund.

Zum Schlusse bemerke ich, dass es in allen Fällen von Syphilis während der Schwangerschaft, seien die Symptome primär oder sekundär, erforderlich ist, Merkur und Sassaparilla anzuwenden, und zu allen anderen gewöhnlich gebräuchlichen Mitteln seine Zuflucht zu nehmen. Blaue Pillen oder *Hydrargyr. cum Creta* sind vielleicht die geeignetesten Präparate, deren man sich bedienen kann. Ich habe keine Erfahrung, dass Merkur als ein Gift auf Kinder wirkt, wie Einige versichert haben und ich früher glaubte. Es ist schwer einzusehen, warum er einem Kinde im Uterus nachtheilig sein, nach der Geburt aber die Wirkung haben sollte, das syphilitische Gift zu zerstören.

Skrophulöse Peritonitis mit Erguss, von Sir Henry Marsh, nebst Bemerkungen von Dr. Fleetwood Churchill in London.

(Schluss, s. voriges Heft S. 212.)

Miss R., ungefähr 22 Jahre alt, von zarter weisser Haut, so dass man die feinen Venen blau hindurchschimmern sah, feiner umschriebener Röthe des Gesichts, blauen Augen, phlegmatischer Konstitution,

wurde im März 1840 von heftigen Leibschmerzen befallen, welche mehrere Tage anhielten, worauf dann Appetitlosigkeit, Fieber, heisse und trockene Haut, und eine profuse schmerzhafte Diarrhoe eintraten. Als ich sie zum ersten Male besuchte, glaubte ich eine Frau in vorgerückter Schwangerschaft vor mir zu haben. Bei der Untersuchung des Abdomens fand ich dasselbe bedeutend angeschwollen, gespannt und deutlich fluktuirend; beim Drucke zeigte es sich in seiner ganzen Ausdehnung empfindlich, am meisten jedoch in der rechten hypochondrischen Gegend und der linken *Regio iliaca.* Eine umschriebene Geschwulst innerhalb der Bauchhöhle war nicht zu fühlen. Es wurden wiederholte kleine örtliche Blutentziehungen vorgenommen, Blasenpflaster gelegt und eine absolute Ruhe, so wie eine strenge Milchdiät angeordnet. Unter dem Einflusse dieser Behandlung liess das Fieber nach, und nach der äussern Anwendung des Quecksilbers trat eine reichliche Harnabsonderung ein, auf welche eine rasch fortschreitende Resorption der Flüssigkeit folgte, so dass nach Verlauf eines Monats von dieser keine Spur mehr zu entdecken war. Die Rekonvaleszenz hatte nun eine Zeit lang ihren ungestörten Fortgang und die Kranke hatte sich bereits ziemlich wieder erholt, als, in Folge einer starken Erkältung und übermässigen Anstrengung, die früheren Symptome mit erneuerter Heftigkeit wieder auftraten und von Neuem ein reichlicher Erguss innerhalb der Bauchhöhle erfolgte. Dieses Mal stellte sich aber auch ein kurzes, keuchendes Athmen ein, welches von einem kurzen trocknen Husten begleitet war. Bei der Untersuchung der Brust überzeugte man sich bald, dass auch in der rechten Pleurahöhle ein Erguss stattgefunden habe, und zwar nahm die Wasseransammlung beinahe zwei Drittheile der betreffenden Brusthälfte ein. Der frühere Heilplan wurde wieder in Anwendung gebracht und auch dieses Mal hatte er einen Nachlass der Entzündung und des Fiebers zur Folge, und nach einigen Wochen, während welcher die Resorption der ergossenen Flüssigkeiten langsam, aber ununterbrochen von Statten ging, konnte man die Kranke wieder für eine Rekonvaleszentin erklären. Ihr Befinden besserte sich nun immer mehr, und nach Verlauf von ungefähr 2 Monaten war sie, obgleich noch etwas schwach, doch anscheinend vollkommen gesund, als sie, die ihr ertheilten diätetischen Vorschriften ausser Acht lassend und sich unvorsichtig allen Witterungseinflüssen aussetzend, von Neuem krank wurde, und meine ärztliche Hülfe in Anspruch nahm. Ich fand sie mit geröthetem Gesichte, matt, schwach und sehr niedergeschlagen; ihr Puls war 120, die Respiration

sehr beschleunigt, aber von keinem Husten begleitet. Das Abdomen war wiederum angeschwollen, aber keineswegen in dem Grade, wie bei den vorhergehenden Anfällen; die linke Brustseite war beträchtlich erweitert, liess einen matten Perkussionston und kein Respirationsgeräusch wahrnehmen; das Herz war aus seiner Lage verdrängt, und konnte man den Impuls desselben ungefähr 2 Zoll von der Mittellinie entfernt zwischen der 4ten und 5ten Rippe der rechten Seite deutlich sehen. Da die Kranke sich in einem so geschwächten Zustande befand, dass sie eine Blutentziehung nicht vertragen konnte, so wurden ihr blos mehrere Blasenpflaster gelegt, und innerlich kleine, aber oft wiederholte Dosen Quecksilbers gegeben, bis eine leichte Salivation eintrat, und ausserdem erhielt sie alle 24 Stunden 20 bis 30 Tropfen der *Tinct. Digitalis* in getheilter Gabe. Unter dieser Behandlung schwand das Fieber auch dieses Mal, die Haut wurde feucht, der Harn reichlich abgesondert, und nach Verlauf von ungefähr 4 Wochen war der pleuritische Erguss so vollständig resorbirt, dass das Herz wieder seine normale Lage einnahm und der Impuls desselben nur an der gewöhnlichen Stelle gefühlt werden konnte. Auch die Respiration war im ruhigen Zustande der Kranken vollkommen normal. Der Unterleib dagegen blieb nach wie vor angeschwollen, gespannt und empfindlich, jedoch ohne wahrnehmbare Fluktuation, und das Gesammtbefinden der Kranken war, obgleich bedeutend besser als früher, jedoch noch sehr weit von Gesundheit entfernt.

Nun wurde die junge Dame aufs Land gebracht, wo sie einige Wochen lang sich zu erholen und ihr Zustand sich etwas zu bessern schien; indessen zeigten die fortdauernde Anschwellung und Empfindlichkeit des Unterleibes, die Anorexie, der anhaltende Durst, die unregelmässigen Fieberbewegungen, die häufige Rückkehr der Diarrhoe, die bleibende Abmagerung und Muskelschwäche zur Genüge, dass eine organische Veränderung ernsterer Art in der Bauchhöhle stattgefunden haben müsse. Dagegen war von der Brustaffektion keine Spur zurückgeblieben. Nach einiger Zeit begannen die eben erwähnten Abdominalerscheinungen allmälig zuzunehmen; die Kranke war nicht mehr im Stande, das Bett zu verlassen, und konnte nur noch flüssige Nahrung zu sich nehmen, da sie jede solide Speise wieder ausbrach. Die Leibschmerzen nahmen bald an Intensität zu, bald wieder ab, hörten jedoch nie ganz auf, und die sehr schmerzhafte, heftige Diarrhoe stellte sich innerhalb 24 Stunden mehrere Male ein. Theils wegen dieser letztern, theils um die Leiden der Kranken zu mildern, musste man jetzt zur

Anwendung der Opiate in verschiedenen Formen seine Zuflucht nehmen. Die Abmagerung und Schwäche waren nun aufs Aeusserste gestiegen. Einige Tage vor dem Tode wurde die Kranke sehr aufgeregt und gerieth in eine Art von Verzückung; sie klagte nur wenig oder gar nicht, wurde immer schwächer, und starb endlich, wie es schien, ohne viel Schmerz zu leiden.

Die Sektion wurde von Dr. Hill, 48 Stunden nach dem Tode, gemacht. Der Unterleib war sehr aufgetrieben, gespannt und hart; die Extremitäten und die oberen Theile des Körpers im höchsten Grade abgezehrt. Nachdem man die Bauchmuskeln durchschnitten hatte, fand man das Parietalblatt des Peritonäums mit dem Viszeralblatt desselben so fest verwachsen, dass es des vorsichtigsten Gebrauchs des Messers bedurfte, um sie von einander zu trennen. Auch die Därme waren durch starke und feste Adhäsionen unter einander verwachsen, welche letztere an vielen Stellen das Ansehen hatten, als wenn sie von Tuberkelmasse infiltrirt wären. Das Mesenterium so wie die Drüsen desselben bildeten eine, einer tuberkulösen Ablagerung ähnliche Masse, durch welche der Dünndarm sich hindurch wand. Bei einer vorsichtigen Trennung des Parietalblattes des Peritonäums von dem ***Colon descendens*** entdeckte man eine weite, umschriebene Höhle, deren Wände von einer graulich-weissen, weichen, geronnenen Substanz von beinahe der Dicke eines Viertel Zolles ausgekleidet waren, und aus der eine beträchtliche Quantität dünner, dunkelfarbiger, purulenter Materie ausfloss, die einen höchst unangenehmen Geruch verbreitete. Diese Höhle lag zwischen den Bauchwandungen und der vorderen Fläche der Därme, und erstreckte sich von der linken Lumbargegend schräg abwärts bis in das Becken hinein; ihr Inhalt mochte ungefähr 3 Pint betragen. Das Lumen der Därme war beträchtlich vermindert, ihre Häute verdickt und die Mukosa sehr gefässreich, jedoch ohne Spur von Ulzeration. Die übrigen Baucheingeweide waren dem Anscheine nach gesund.

In der Brusthöhle zeigten das Herz, das Perikardium und die Lungen das normale Ansehen; letztere Organe waren durch längliche, bandartige Adhäsionen mit der ***Pleura costalis*** beider Brustseiten verwachsen, ein flüssiger Erguss fand sich nicht vor, und eben so wenig war irgend eine Spur von Tuberkelablagerung hier zu bemerken.

Der Sektionsbefund zeigte also in diesem Falle, dass die in beide Brusthöhlen ergossenen Flüssigkeiten so vollständig resorbirt worden waren, dass keine andere krankhafte Erscheinung zurückblieb, als einige

wenige dünne Adhäsionen; wir sind daher zu der Annahme berechtigt, dass das Exsudat von dünner, wässeriger Beschaffenheit und einer fast vollständigen Resorption fähig war, obgleich der Erguss in die linke Pleurahöhle sehr reichlich gewesen sein muss, da das Herz so weit aus seiner Lage gedrängt war. Aus der Geschichte des Falles lässt sich auch mit gutem Grunde schliessen, dass die in die Bauchhöhle ergossene Flüsssigkeit bei dem ersten Anfalle von Peritonitis von derselben Beschaffenheit gewesen sei; allein da später ein zweiter Anfall von Entzündung mit Erguss erfolgte, und dieser eine lange Zeit in der genannten Höhle bestand, so schlug sich aus demselben nach und nach eine beträchtliche Quantität nicht-resorptionsfähigen Stoffes nieder, bis denn das Ganze sich in eine verworrene Masse von skrophulöser Ablagerung und eitriger Infiltration umwandelte. Der krankhafte Zustand der mesenterischen Drüsen war offenbar, wie aus der Geschichte des Falles genugsam hervorgeht, sekundären Charakters.

Die eben beschriebene Affektion lässt sich im Allgemeinen leicht von den übrigen Formen und Varietäten der innerhalb des Abdomens stattfindenden Exsudationen unterscheiden. Die Anamnese und die ersten Symptome der Krankheit sind diejenigen Momente, aus denen hauptsächlich die Diagnose hergeleitet werden muss. In den späteren Stadien der *Atrophia meseraica* geschieht es zuweilen, dass auch das Peritonäum in den Krankheitsprozess mit hineingezogen wird und in Folge dessen ein mehr oder weniger beträchtlicher Erguss erfolgt. Beide Affektionen, nämlich die Atrophie der meseraischen Drüsen und die hier beschriebene Peritonitis, werden durch eine und dieselbe konstitutionelle Diathese bedingt; und obgleich sie im Anfang leicht von einander zu unterscheiden sind, so bieten sie doch gegen das Ende hin beinahe dieselben Symptome dar. Uebrigens können auch in der skrophulösen Peritonitis die mesenterischen sowohl als die Darmdrüsen sekundär erkranken, und wenn dieses bis zu irgend einem beträchtlichen Grade geschieht, wie in den beiden zuletzt mitgetheilten Fällen, so ist alle Hoffnung auf eine dauernde Genesung ausgeschlossen.

Von dem Aszites, der durch eine Leber-, Milz- oder Nierenkrankheit, oder durch Geschwülste bedingt wird, welche auf die grossen Abdominalgefässe einen Druck ausüben, ist die hier in Rede stehende Affektion leicht zu unterscheiden, eben so von jeder Form des *Hydrops ovarii,* so wie von jenen hydropischen Ergüssen innerhalb der Bauchhöhle, die in Folge einer Herz- oder Lungenkrankheit entstehen. Man hat diese Affektion zuweilen mit der Schwangerschaft ver-

wechselt, — ein Schicksal, das sie mit vielen anderen Abdominalaffektionen theilt; auch kommt in der That während des Wochenbettes und zuweilen gleich nach der Geburt innerhalb der Bauchhöhle ein Erguss vor, der wahrscheinlich von derselben Natur ist und durch dieselben Ursachen bedingt wird, wie die hier in Rede stehende Krankheit; da ich jedoch nur wenig Gelegenheit gehabt habe, die Symptome eines solchen mit Schwangerschaft verbundenen Ergusses zu beobachten, so kann ich nichts Bestimmtes darüber angeben. Auch von jenen Formen der Peritoneal-Exsudation, welche oft plötzlich nach profusen und wiederholten Hämorrhagieen, oder nach der Unterdrückung normaler oder habituell gewordener Ausflüsse, oder eines weit verbreiteten krankhaften Prozesses auf der äusseren Haut oder auf irgend einer Schleimmembran stattfindet, muss man die hier in Rede stehende Affektion unterscheiden. Dr. Cheyne theilt im ersten Bande der *Dublin Hospital Reports* einige interessante Fälle mit, in welchen nach der Unterdrückung einer, längere Zeit bestandenen Diarrhoë sofort ein Erguss innerhalb der Peritonealhöhle stattgefunden hatte. Derartige hydropische Ergüsse sind von hohem pathologischen Interesse und praktischer Wichtigkeit. Aber weder in den von mir hier mitgetheilten Fällen, noch auch in irgend einem anderen derartigen Falle, den ich zu beobachten Gelegenheit gehabt habe, konnte ich die Entstehung des Peritoneal-Ergusses von der Unterdrückung irgend eines habituellen Ausflusses oder einer vorangegangenen Diarrhoe herleiten. Diese letztere, oder auch nur eine Neigung zu derselben, tritt sehr häufig in Begleitung der skrophulösen Peritonitis auf, und man muss sich bei der Behandlung sehr hüten, dieselbe plötzlich zu unterdrücken, da ich in einigen Fällen nach der plötzlichen Sistirung der Diarrhoe eben so plötzlich einen neuen Erguss erfolgen sah.

Was die Behandlung dieser Affektion betrifft, so werde ich mich hier darauf beschränken, einige allgemeine Regeln anzugeben, da eine detaillirte Darstellung des Heilplans bei einer Krankheit, die oft Monate lang dauert, zu viel Raum einnehmen würde. Die wichtigsten hier in Anwendung zu ziehenden Mittel sind: Blutentziehungen, Blasenpflaster, Diuretika, Quecksilber und Jod; und der Erfolg der Behandlung hängt vorzüglich davon ab, dass man diese therapeutischen Agentien dem Stadium der Krankheit sowohl, als der Konstitution und dem Kräftezustand des Kranken anpasst. Die reichlichen Blutentziehungen, welche in der gewöhnlichen Peritonitis ein wesentliches Erforderniss sind, sind in der skrophulösen Form dieser Affektion selten

zulässig; und wenn diese Krankheit den chronischen Charakter annimmt, oder gleich mit diesem auftritt, so ist es selten nöthig, noch auch erspriesslich, eine andere als örtliche Blutentziehung vorzunehmen, und wenn diese durch Applikation von Blutegeln bewirkt wird, so muss man gegen eine zu lange und profuse Nachblutung, welche bei skrophulösen Subjekten leicht zu erfolgen pflegt, auf seiner Huth sein. Nach der Blutentziehung, welche während des ersten febrilen Stadiums der Affektion angezeigt ist, schreitet man zur Applikation von Blasenpflastern, welche nach und nach die ganze Ausdehnung des Abdomens bedecken und wo möglich bis zur vollständigen Blasenziehung liegen bleiben müssen. Wenn die akuten und febrilen Erscheinungen diesen Maassnahmen gewichen sind, aber nur dann, kann man mit Vortheil die Diuretika anwenden, unter denen man jedoch diejenigen wählen muss, welche den Magen und Darmkanal am wenigsten reizen. Die Digitalis, in Verbindung mit Nitrum, habe ich in der Regel am wirksamsten gefunden; jedoch giebt es Fälle, in welchen die fortdauernd wiederkehrende Diarrhoe die Anwendung jedes Mittelsalzes verhindert, und daher die Digitalis allein gegeben werden muss; letztere wirkt übrigens in der Form des Infusums kräftiger, als in der der Tinktur. Aber unter allen Heilmitteln, die wir besitzen, nimmt das Quecksilber den ersten Platz ein, namentlich ist es bei dieser Affektion das beste Diuretikum. In manchen Fällen kann man dasselbe gleich im Beginn der Krankheit anwenden, in anderen ist es nöthig, zuvor die entzündlichen Erscheinungen durch Blutentziehungen zu beseitigen. Selten jedoch dürfen wir es wagen, dieses Mittel innerlich in voller Gabe zu verabreichen, sondern es muss meistens in Form der Einreibungen mittelst der Haut in den Organismus eingeführt werden; durch diese Anwendungsweise erhalten wir alle wohlthätigen Wirkungen desselben, ohne die Darmschleimhaut reizen zu müssen. Zu einer solchen Einreibung, die man in Intervallen von 4 bis 6 Stunden wiederholt, bis sich eine deutliche Einwirkung auf den Organismus kund giebt, nimmt man 1 Skrupel oder ½ Drachme der Merkurialsalbe. In vielen Fällen habe ich mit dem Eintritt der ersten Spuren der Salivation auch eine deutliche Abnahme der febrilen Erscheinungen, eine reichliche Harnabsonderung und eine Verminderung der Spannung und Geschwulst des Abdomens wahrgenommen. In manchen Fällen liess ich das Quecksilber mit der Jodine in Verbindung einreiben, indem ich 3 Gran des Jod-Quecksilbers *in minimo* des Jods zu einem Skrupel oder einer halben Drachme Fett hinzusetzte, und ich

habe gefunden, dass diese Komposition eine schnellere und kräftigere Wirkung auf die Krankheit ausgeübt hat, als die reine Merkurialsalbe, ja in einigen wenigen Fällen blieb die Einreibung dieser letzteren Salbe allein ganz erfolglos, während sich jene Verbindung sehr wirksam erwies. Leicht jedoch geschieht es, dass das Jod die Haut zu sehr reizt, bei manchen Individuen bis zu dem Grade, dass ein allgemeines Erythem entsteht, und dass es nothwendig wird, den Gebrauch des Mittels auszusetzen. In jedem Falle muss man es vermeiden, die Einreibungen auf einer und derselben Stelle zu häufig zu wiederholen, sondern man mache dieselbe bald auf den Ober- und Unterschenkeln, bald im Rücken, bald auf dem Unterleib und bald auf den Armen. In den vorgerückteren Stadien dieser Affektion, und in Fällen, die anfangs vernachlässigt worden sind, oder wo andere Mittel die Krankheit nicht aufzuhalten vermochten, kann die innere Anwendung des Jods von grossem Nutzen sein. Am vortheilhaftesten hat sich mir in dieser Beziehung eine verdünnte Auflösung des ***Kali hydrjodicum*** in Verbindung mit Brandish's alkalinischer Solution erwiesen. Diese Kombination habe ich besonders dann sehr wirksam gefunden, wenn sie in Molken- oder Eselinnenmilch gegeben wurde; sie zeigte sich dann zuweilen als ein sehr kräftiges Diuretikum und bewirkte eine schnelle Resorption der ergossenen Flüssigkeit. Wegen der hohen Reizbarkeit der Darmschleimhaut, durch welche sich diese Affektion häufig auszeichnet, ist es rathsam, mit kleinen Dosen des ***Kali hydrjodici*** zu beginnen und, wenn der Magen sie gut verträgt, nach und nach dieselben zu steigern, bis die Einwirkung des Mittels auf den Organismus entschieden hervortritt. Die Nahrung muss der schwachen Verdauungskraft des Magens angepasst werden, und erfordert das diätetische Verfahren überhaupt grosse Umsicht und Aufmerksamkeit. Während der ersten Stadien der Krankheit muss die Nahrung lediglich aus flüssigen und schleimigen Dingen bestehen, indem alle festen und reizenden Speisen die Symptome verschlimmern; in den vorgerückterern Stadien ist eine kräftigere Diät durchaus nothwendig, und in manchen Fällen müssen die Lebensthätigkeiten durch Stimulantia, namentlich verdünnte Weine, angeregt werden. Allerdings müssen auch hier, wie überall, die Extreme vermieden werden; allein man muss bedenken, dass diese Krankheit durch einen Zustand der Konstitution bedingt wird, der mehr oder weniger mit einer allgemeinen Schwäche verbunden ist, und die Anwendung nährender und roborirender Mittel nöthig macht.

Ist endlich die Rekonvaleszenz eingetreten, so wirken oft eine Luftveränderung und eisenhaltige Präparate ausserordentlich wohlthätig.

Schliesslich will ich noch bemerken, dass eine Vergleichung der hier in Rede stehenden Krankheit mit ähnlichen Affektionen desselben Gewebes in anderen Theilen des Körpers viel Licht über die erstere verbreiten dürfte. Es herrscht in der That eine auffallende Analogie zwischen der skrophulösen Entzündung des Peritonäums und derselben Affektion, wenn sie die Pleura, das Perikardium oder die Arachnoidea ergreift; die Entzündung tritt überall bei Individuen von einer und derselben Konstitution auf, hat überall denselben Verlauf, und erfordert immer denselben allgemeinen Heilplan. Auch lässt sich eine Analogie zwischen der hier in Rede stehenden Krankheit und einigen Affektionen der grösseren Gelenke bei skrophulösen Subjekten nicht verkennen. Diese Analogie giebt sich in dem Verlaufe der Entzündung, in den anatomisch-pathologischen Erscheinungen, so wie in dem Erfolge der nach denselben Prinzipien geleiteten Behandlung kund. In letzterer Beziehung will ich besonders den Gebrauch des Quecksilbers hervorheben, von dessen heilsamer Wirkung bei der skrophulösen Peritonitis ich ausführlich gesprochen habe; und dasselbe Mittel hat sich bei skrophulösen Affektionen der Gelenke nach den erfolgreichen Versuchen des Dr. O'Beirne von ausgezeichnetem Werthe erwiesen.

Die fragliche Krankheit ist eine mit Erguss verbundene Entzündung des Peritonäums, und kommt bei Personen von skrophulöser Diathese vor. Sie kann sowohl in der akuten, als in der chronischen Form auftreten, wie die Beobachtungen des Sir H. Marsh gezeigt haben; jedoch werde ich mich gegenwärtig nur auf die Beschreibung der letzteren Form beschränken.

Die chronische skrophulöse Entzündung des Peritonäums mit Erguss kann entweder die Folge der akuten Form dieser Affektion sein, oder auch, ohne dass irgend ein akutes Stadium vorangegangen wäre, gleich von vorn herein so langsam und schleichend auftreten, dass man die Natur derselben erst dann erkennt, wenn sie sich vollständig entwickelt hat. „Es können", sagt Herr Dugès, „Wochen, ja Monate lang gelegentliche Leibschmerzen, Anfälle von Diarrhoe, Abmagerung und Blässe des Gesichts vorhanden sein, bevor die Krankheit ihre vollständige Entwickelung erreicht hat." [1])

Da die früheren und hervorstechendsten Symptome sich sehr leicht

1) *Dict. de Méd. et de Chir. prat. Vol. XII. p.* 395.

auf eine Affektion der Darmschleimhaut beziehen lassen, so kann es geschehen, dass man die eigentliche Natur der Krankheit verkennt und den unglücklichen Ausgang der Diarrhoe zuschreibt. Und hieraus lässt sich der Umstand erklären, dass man bei den Autoren nur sehr spärliche Notizen über diese Affektion findet, obgleich dieselbe keinesweges zu den ganz seltenen gehört.

Ich habe bereits erwähnt, dass die Krankheit fast ausschliesslich bei Kindern von skrophulöser Konstitution vorkommt, und ich kann hinzufügen, dass dieselbe häufig mit einer Affektion der mesenterischen Drüsen komplizirt ist, ja sie dürfte in vielen Fällen als eine Folge dieser letzteren zu betrachten sein.

Ursachen.

Obgleich man, und ohne Zweifel mit Recht, diese Affektion sehr mannigfachen Ursachen zugeschrieben hat, als: schlechter Diät, Erkältung, Mangel, Exzessen, der Dentition, langwieriger Verstopfung u. s. w., so ist es doch in der Mehrheit der Fälle sehr schwierig, genau zu bestimmen, welches die veranlassende Ursache gewesen sei. In den von mir beobachteten Fällen schien die Krankheit in Folge der Fortpflanzung einer Reizung der Darmschleimhaut entstanden zu sein. Zuweilen sieht man dieselbe auch als eine Nachkrankheit fieberhafter Affektionen zurückbleiben, wie z. B. der Masern, des Scharlachs u. s. w. Auch verdient bemerkt zu werden, dass keines der Kinder, bei denen dieselbe bereits in einem früheren Alter vorkam, von einer Mutter geboren war, welche an Puerperalfieber gelitten hatte.

Symptome.

Aus dem bereits Gesagten wird man entnehmen, dass die Art der Invasion der Krankheit sehr verschieden ist. In einer Reihe von Fällen leiden die Kranken eine längere Zeit hindurch an Diarrhoe mit oder ohne Leibschmerzen, wobei der Appetit ziemlich gut, die Temperatur normal und der Puls ruhig ist; endlich aber — nach Wochen oder Monaten — fangen sie an, über Stiche oder periodische Schmerzanfälle und ein Gefühl von Druck im Abdomen zu klagen, welches letztere man bei der Untersuchung angeschwollen findet. — In anderen Fällen ist gleich vom Anfange an ein gewisser Grad von Schmerz zugegen, der in Paroxysmen eintritt und, obgleich anfangs auf eine einzige Stelle des Abdomens beschränkt, sich doch allmälig über die ganze Ausdehnung desselben verbreitet. In noch anderen Fällen —

und diese bilden, wie Abercrombie richtig bemerkt, eine sehr wichtige Modifikation der Krankheit — ist gar kein Schmerz vorhanden, die Kranken klagen blos über ein Gefühl von Spannung, wenig Appetit und unregelmässige Darmentleerung; aber trotz dieser geringen Beschwerden magern sie immer mehr und mehr ab. Oft sind die Symptome der ersten Zeit so unbedeutend, dass man ihnen gar keine Aufmerksamkeit schenkt, bis dann das abgemagerte Ansehen des Kranken die Besorgnisse seiner Angehörigen erregt. Bei der Untersuchung des Abdomens findet man dasselbe etwas angeschwollen und hier und da ein wenig empfindlich, und auf Befragen des Kranken erfährt man, dass er bereits Wochen oder Monate lang bei einem Drucke diese Empfindlichkeit wahrgenommen habe, und ihm das dichte Anliegen der Kleidungstücke am Unterleibe beschwerlich gewesen sei. In manchen Fällen endlich schleicht die Krankheit bis zu ihren letzten Stadien heran, ohne dass der Kranke je über Empfindlichkeit oder Schmerz geklagt hätte.

Diese Bemerkungen Abercrombie's werden von Andral [1]) vollkommen bestätigt; Dr. Gregory jedoch giebt an, dass Empfindlichkeit beim Drucke stets gleich im Anfange vorhanden sei [2]).

Wie aber auch der Beginn der Krankheit gewesen sein mag, in der Mehrzahl der Fälle klagen die Kranken im weiteren Verlauf derselben, bald früher, bald später, über Leibschmerzen, welche meist in Paroxysmen von verschiedener Intensität und Dauer eintreten, während die Intervallen vollkommen schmerzlos vorübergehen. Anfangs sind die Schmerzen auf eine einzige Stelle des Abdomens beschränkt, verbreiten sich aber allmälig über die ganze Ausdehnung desselben. Dr. Gregory bemerkt: „Die Anfälle von heftigem Schmerz kommen anfangs nicht öfter als ein oder höchstens zwei Mal des Tages vor; im weiteren Verlauf der Krankheit aber werden sie immer häufiger und zugleich auch heftiger. Ich habe derartige Paroxysmen alle 10 oder 15 Minuten eintreten gesehen. Jedenfalls dauern sie nicht lange, und unmittelbar nach einem Anfalle erscheint das Kind so munter, als wenn ihm gar nichts fehlte." [3])

Sehr häufig, vielleicht immer, giebt sich im weiteren Verlauf der Krankheit beim Druck auf das Abdomen ein gewisser Grad von

---

1) *Mal. de l'Abdomen, Chir. méd. Vol. III. p.* 387.

2) *Med. Chir. Transact. Vol. II. p.* 263.

3) *ibid. p.* 264.

Empfindlichkeit kund, namentlich an derjenigen Stelle, auf welche der Schmerz anfangs beschränkt ist. Der Kranke klagt fast immer über Beschwerden beim Gehen und Stehen, und in manchen Fällen ist es ihm absolut unmöglich, eine aufrechte Stellung zu behaupten.

Nach einer Zwischenzeit von unbestimmter Dauer klagt der Kranke über ein Gefühl von Spannung, und man darf ihm die Kleidungstücke nicht fest anlegen; und wenn man nun den Unterleib untersucht, so findet man denselben mehr oder weniger angeschwollen. Die Perkussion ergiebt in der Regel einen matten Ton, ausser wenn, wie es zuweilen geschieht, der Darmkanal tympanitisch aufgetrieben ist.

Fluktuation nimmt man, wie ich glaube, überall wahr, wenn man eine sorgfältige Untersuchung anstellt; jedoch bedarf es bei jungen Kindern besonderer Vorsicht, um nicht die Aktion der Bauchmuskeln und die natürliche Elastizität der Integumente für jenes Symptom zu halten. Die beste Art der Untersuchung ist die, dass man das Kind eine Rückenlage annehmen lässt, und dasselbe eine kurze Zeit an die Gegenwart der Hand auf dem Unterleibe gewöhnt, und wenn man dann die eine Hand mit gespreizten Fingern auf die eine Seite des Bauches legt und mit den Fingern der andern Hand die entgegengesetzte Seite sanft perkutirt, so werden die Muskeln nicht zur Aktion angeregt; wenn nun mit dem zweiten oder dritten Finger Fluktuation gefühlt wird, so kann man sich von der Gegenwart einer Flüssigkeit überzeugt halten, da der Druck, den der Zeigefinger auf die Haut ausübt, die aus der Elastizität derselben entstehende Vibration auf eine wirksame Weise verhindert. Ich habe bei diesem Gegenstande deshalb so lange verweilt, weil unsere Diagnose in vielen Fällen, wegen der Geringfügigkeit und Unbestimmtheit der übrigen Symptome, hauptsächlich auf die An- oder Abwesenheit der Fluktuation sich stützen muss.

Die Anschwellung des Abdomens ist nicht immer gleichmässig. In manchen Fällen ist es blos die Nabelgegend, welche eine ungewöhnliche Prominenz zeigt, namentlich im Beginn. Je mehr der Erguss zunimmt, desto mehr schwillt das Abdomen an, verliert seine Weichheit, und wird gespannt und hart, obwohl zuweilen nicht an allen Stellen.

Die Haut des Unterleibes ist heiss und trocken, und hat das Ansehen, als wäre sie stark angespannt und viel dünner als gewöhnlich. In sehr langsam schleichenden Fällen sieht man erweiterte blaue Venen die Bauchdecken durchkreuzen.

Wenn die mesenterischen Drüsen gleichzeitig erkrankt sind, so gelingt es in manchen Fällen im Beginn der Affektion, bevor noch der Unterleib stark ausgedehnt ist, die Anschwellung derselben durch die Bauchdecken hindurch zu fühlen.

In einigen seltenen Fällen bleibt der Darmkanal eine lange Zeit hindurch ganz gesund; die Zunge erscheint ziemlich rein, der Appetit ist gut, die Funktionen des Darmkanals gehen regelmässig von statten, oder es ist höchstens eine leichte Verstopfung zugegen. In der bei weitem grösseren Mehrzahl der Fälle dagegen findet man die Zunge weiss belegt und welk, mehr oder weniger starken Durst, unordentlichen Appetit, indem er bald über die Norm gesteigert, bald vermindert ist oder ganz fehlt (welches Letztere häufiger der Fall ist), den Darm abwechselnd relaxirt und verstopft, die Stühle stinkend und von weissbrauner oder bläulicher Farbe. „Anfangs", sagt Dr. Gregory, „sind die Darmentleerungen grün, schleimig und stinkend; wenn aber die Krankheit bereits 6 Wochen oder 2 Monate gedauert hat, so bestehen sie aus einer weisslichen oder weisslichbraunen Materie, die von der Konsistenz eines weichen, dünnen Puddings ist; übrigens weichen sie von normalem Koth eben so der Quantität wie der Qualität nach ab. Die Menge der von einem an dieser Krankheit leidenden Kinde in 24 Stunden entleerten Stoffe ist oft enorm, und zwar ohne dass es irgend ein eröffnendes Medikament genommen hat, und die Eltern eines solchen Kindes haben mir öfters versichert, dass dieselbe die Menge der von dem Kinde genommenen Speisen und Getränke weit überstieg."

„Dieser Zustand des Darmkanals dauert häufig 6 Wochen oder 2 Monate hindurch ununterbrochen fort, der Körper magert dabei natürlich bedeutend ab, bis denn zuletzt eine von Petechien begleitete kolliquative Diarrhoe eintritt, welche innerhalb einiger Tage dem Leben des Kindes ein Ende macht."

Wenn der Erguss in die Bauchhöhle beträchtlich ist, so kann das Athmen in Folge des von der Flüssigkeit auf das Zwerchfell ausgeübten Druckes mehr oder weniger beeinträchtigt werden. Indessen kann die Dyspnoe auch noch von einer anderen Ursache herrühren; denn zuweilen geschieht es, dass gleichzeitig auch die Pleura an der Entzündung Theil nimmt, und ein Erguss in die Höhle derselben erfolgt, wie sich dies in einem der von Sir H. Marsh mitgetheilten Fälle gezeigt hat.

Der Puls ist anfangs wenig oder gar nicht verändert, wenn die

Krankheit aber fortschreitet, so steigt die Frequenz desselben, so dass er von 100 bis 140 variirt, verliert aber dabei an Stärke und Fülle. Die Temperatur der Haut ist vermehrt.

In fast allen Fällen beobachtet man, wenn die Krankheit sich vollständig entwickelt hat und das Fieber sich entschieden ausspricht, deutliche Abend-Exazerbationen hektischen Charakters, während welcher die Pulsfrequenz und die Temperatur der Haut sich steigern, das Gesicht geröthet wird, heftiger Durst eintritt, der Harn eine dunkle Färbung annimmt u. s. w. Eine solche Exazerbation dauert gewöhnlich 1 oder 2 Stunden, worauf dann die Symptome allmälig wieder abnehmen und der frühere Zustand wieder eintritt.

Die Harnsekretion ist im Allgemeinen während des ganzen Verlaufes der Krankheit vermindert.

Es bedarf wohl kaum der Erwähnung, dass eine so bedeutende und lange dauernde Krankheit nothwendig von grosser Abmagerung und Erschöpfung begleitet sein muss. Mit dem Fortschreiten der Krankheit verschlimmern sich nicht nur die örtlichen Symptome, sondern auch das Fieber wird stärker, die Exazerbationen dauern länger und werden heftiger, die allgemeine Schwäche erreicht den höchsten Grad, und der Kranke stirbt an einer völligen Erschöpfung.

Ausgänge.

Nachdem die Krankheit sich mehrere Monate lang hingezogen hat, endigt dieselbe auf verschiedene Weise, und zwar:

1) In Genesung. Unter einer angemessenen Behandlung kann die Entzündung verschwinden und der Erguss resorbirt werden, und dieser Ausgang ist um so mehr zu hoffen, je weniger die mesenterischen Drüsen affizirt sind. Man sieht in solchen Fällen den Zustand des Darmkanals sich allmälig verbessern, der Appetit stellt sich wieder ein und die Fäkalstoffe nehmen ihre normale Beschaffenheit wieder an; die Pulsfrequenz vermindert sich, die Abend-Exazerbationen werden immer seltener und schwächer, verschwinden endlich ganz und zuletzt hört auch das Fieber auf. Das am längsten zurückbleibende Symptom ist die Bauchanschwellung; jedoch auch diese nimmt allmälig ab, bis denn zuletzt gar keine Fluktuation mehr wahrzunehmen ist. Indessen gehören diese glücklichen Fälle zu den selteneren.

2) In eine umschriebene Ansammlung der ergossenen Flüssigkeit, die sich endlich spontan entleert. Auch unter diesen Umständen hat man den Kranken vollständig genesen gesehen. Dr. Burns er-

wähnt einen Fall dieser Art [1]), und Abercrombie giebt an, dass die ergossene Flüssigkeit sich durch die Bauchwandungen oder den Leistenring einen Weg nach Aussen bahnen kann [2]). Einen interessanten Fall dieser Art hat mein Freund Dr. O'Reilly in der letzten Sitzung der medizinischen Gesellschaft mitgetheilt. Im Allgemeinen jedoch tritt ein solcher Ausgang nur äusserst selten ein.

3) In den Tod. Die bei weitem grössere Mehrzahl der Fälle endigt auf diese Weise, so jedoch, dass der Tod in verschiedenen Fällen zu verschiedenen Zeiten erfolgt. Die Symptome nehmen da allmälig, aber progressiv, an Intensität zu; der Bauch wird immer gespannter und empfindlicher, der Puls äusserst beschleunigt und schwach, die Exazerbationen heftiger und anhaltender, der Durst unerlöschlich, die Diarrhoe anhaltend und kolliquativ, die Abmagerung und die Schwäche erreichen den höchsten Grad. Dabei wird das Gesicht eingefallen, die Extremitäten kalt, die Oberfläche des Körpers mit einem klebrigen Schweisse bedeckt, und zuweilen mehr oder weniger dicht mit Petechien besetzt, bis dann zuletzt der Tod den langen Leiden des Kranken ein Ende macht. In manchen Fällen erfolgt dieser unglückliche Ausgang, bevor noch die erwähnten Symptome den äussersten Grad erreicht haben, und zwar dadurch, dass eine Ulzeration und Perforation des Darmes entsteht, die chronische Peritonitis sich also in eine akute umwandelt.

Leichenbefund.

Zuweilen findet man die Gefässe des Peritonäums, obgleich nur in geringerem Grade, injizirt; die Bauchhöhle enthält eine grössere oder geringere Quantität ergossenen Serums, in welchem Streifen und Flocken plastischer Lymphe umherschwimmen [3]). Die Därme sind mehr oder weniger mit einander verwachsen, und bieten oft auf diese Weise das Ansehen von Eitersäcken dar. In denjenigen Fällen, wo eine Perforation des Darmes stattgefunden hat, findet man das ergossene Serum mit Fäkalmassen vermischt, und in der Regel lässt sich die Oeffnung des Darmes, durch welche diese ausgetreten sind, leicht auffinden. Das Peritonäum selbst ist oft verdickt und mit einer Lymphschicht überzogen; zuweilen ist es mit Miliartuberkeln dicht besetzt,

---

1) *Midwifery*, p. 811.

2) *Diseases of the Abd. Viscera*, p. 195.

3) *Burns' Midwifery*, p. 811. — *Denis Mal. des Enfans nouveau-nés*, p. 119.

oder es zeigt nur hier und da einzelne unförmliche Massen abgelagerten Tuberkelstoffes. In manchen Fällen ist die Schleimhaut unversehrt, in anderen zeigt sie verschiedene Grade der Ulzeration. Die mesenterischen Drüsen sind entweder gesund oder angeschwollen, in welchem letzteren Falle sie häufig Tuberkelstoff enthalten.

Abercrombie bemerkt: „So weit meine Erfahrung reicht, findet man bei der Sektion in der Regel die Darmwindungen in einer mehr oder weniger grossen Ausdehnung unter einander und mit den Bauchwandungen verwachsen, und oft ist auch das Netz in die Krankheit hineingezogen. Die Schleimhaut befindet sich zuweilen in einem exulzerirten Zustande, und das Peritonäum ist nicht selten an vielen Stellen bedeutend verdickt und mit kleinen Tuberkeln dicht besetzt; in einigen Fällen findet man sämmtliche Häute des Darmes an einzelnen Stellen in hohem Grade verdickt. Sehr häufig findet man zwischen den verwachsenen Darmschlingen mehr oder weniger umfängliche Höhlen, welche mit einer Materie gefüllt sind, die zwar ein purulentes Ansehen hat, aber gewöhnlich skrophulösen Charakters ist. In vielen Fällen findet man gleichzeitig die mesenterischen Drüsen und die Leber oder auch die Lungen erkrankt." [1])

„Bei der Eröffnung des Abdomens", bemerkt Dr. Gregory, „vermisst man jede Spur einer Bauchhöhle, indem das Parietalblatt des Peritonäums, das Mesenterium und die Därme zu einer Masse mit einander verschmolzen sind. Das Peritonäum erscheint in allen seinen Duplikaturen verdickt, und wenn man die dicht verwachsene Masse durchschneidet, entdeckt man bedeutende Quantitäten flüssiger Skrophelmaterie. Die Schleimhaut des Darmkanals, namentlich die des Dünndarms, erscheint an verschiedenen Stellen exulzerirt, und an diesen Ulzerationspunkten kommuniziren die Darmwindungen mit einander, so dass, anstatt einen ununterbrochenen Kanal zu bilden, sie aus einer Kombination von frei mit einander und mit der Bauchhöhle kommunizirenden Röhren bestehen. Die Stoffe, welche man sowohl in den Därmen, als in der Bauchhöhle findet, entsprechen ganz genau denjenigen, die während des Lebens *per anum* entleert worden sind." [2])

Diagnose.

Da, wo Schmerz, Anschwellung des Abdomens und Fluktuation zugegen sind, ist die Diagnose leicht; in denjenigen Fällen aber, wo

1) *Diseases of the Abd. Viscera, p.* 193.
2) *Med. Chir. Transact. Vol. II. p.* 266.

kein Schmerz, sondern nur ein geringer Grad von Empfindlichkeit des Bauches vorhanden, und die Funktion der Verdauungsorgane nur wenig gestört ist, kann die Erkenntniss der Krankheit von grossen Schwierigkeiten begleitet sein. Die hauptsächlichsten diagnostischen Momente bleiben immer die Anschwellung des Abdomens, welche zuletzt stets eintritt, und die Fluktuation, die man bei einer sorgfältigen Untersuchung in der Regel wahrnimmt. Wenn ein hoher Grad von Dyspnoe zugegen ist, oder wenn andererseits eine sehr profuse Diarrhoe das hervorstechendste Symptom ausmacht, so müssen wir eben sowohl auf unserer Hut sein, die Krankheit ausschliesslich für eine Brustaffektion zu halten, als sie lediglich auf die Darmschleimhaut zu beziehen. Wir wissen, dass letztere Membran sowohl, als die Pleura gleichzeitig mit dem Peritonäum auf eine sehr ernste Weise affizirt sein können. Dasselbe lässt sich auch von den mesenterischen Drüsen sagen; auch diese können an und für sich erkrankt sein, allein in diesem Falle ist weder eine Anschwellung des Abdomens (wenigstens nicht in demselben Grade), noch auch Fluktuation vorhanden.

Prognose.

Diese ist in der Mehrheit der Fälle ungünstig. Da, wo das Peritonäum allein affizirt ist, liegt die vollkommene Wiederherstellung des Kranken nicht ganz ausser dem Bereiche der Wahrscheinlichkeit; wenn aber die mesenterischen Drüsen, oder die Schleimhaut des Darmkanals, oder die Pleura in den Krankheitsprozess mit hineingezogen ist, so lässt sich mit ziemlicher Gewissheit der unglückliche Ausgang vorhersagen.

Behandlung.

Die gewöhnlich gegen diese Affektion empfohlenen Mittel lassen sich in wenige Worten zusammenfassen. Blutegel, Fomente, Purgirmittel, unter denen das Kalomel die Hauptrolle spielt, zuweilen Alterantia, Tonika, Eisenpräparate, Resorbentia u. s. w. bilden die Reihe derjenigen arzneilichen Agentien, die gegen die skrophulöse Peritonitis gewöhnlich, aber leider nur zu oft vergeblich, in Anwendung gezogen werden. Es ist indessen keinem Zweifel unterworfen, dass eine gewisse Anzahl von Fällen dieser Art heilbar ist, wenn nur zeitig genug ärztliche Hülfe in Anspruch genommen wird; wir wollen daher über diesen Punkt etwas mehr ins Einzelne gehen.

Eine allgemeine Blutentziehung dürfte wohl nie erforderlich, noch auch erspriesslich sein; wenn aber der Schmerz sehr bedeutend ist,

besonders aber, wenn sich einzelne Theile des Abdomens beim Drucke sehr empfindlich zeigen, so wird die Applikation von einigen Blutegeln, die man nöthigenfalls wiederholen kann, von sehr heilsamer Wirkung sein. Ausserdem fomentirt man das Abdomen mit einem Dekokt von Mohnköpfen zwei Mal täglich oder öfter, wenn die Schmerzanfälle häufiger eintreten; oder man kann auch statt dieser Fomente ein mit Opiumtinktur angefeuchtetes Stück Leinwand auf den Unterleib legen; jedenfalls lässt man den Kranken jeden Abend, oder einen Abend um den andern ein warmes Bad nehmen. Bei vorhandener Verstopfung giebt man gelegentlich eine Dosis Rizinusöl; ist aber Diarrhoe zugegen, so lässt sich diese in der Regel durch das ***Pulvis Cretae cum Opio,*** oder irgend ein anderes, mit einem schmerzstillenden Mittel verbundenes Adstringens sistiren.

Das Hauptmittel aber ist hier das Quecksilber, in der Weise verabreicht, dass es wo möglich das Zahnfleisch affizirt. Man kann dasselbe sowohl innerlich als äusserlich, in Form von Einreibungen anwenden; letztere Methode ist da vorzuziehen, wo Diarrhoe zugegen ist und der Darmkanal sich in einem zu reizbaren Zustande befindet, um die innere Anwendung des Kalomels räthlich zu machen. Man nimmt zu jeder Einreibung, welche man Abends und Morgens wiederholt, einen Skrupel der starken Quecksilbersalbe, und fährt mit diesem Mittel so lange fort, bis das Zahnfleisch sich angegriffen zeigt, oder entschiedene Zeichen der Besserung eintreten.

Sehr nützlich sind auch Blasenpflaster auf das Abdomen applizirt; dieselben müssen indessen nur klein sein, und nur nach und nach auf die verschiedenen Theile des Bauches gelegt werden.

Weicht die Krankheit den angegebenen Mitteln, so kann man um die Zeit, wo die Fieberbewegungen gänzlich aufhören, mit dem Gebrauch der Tonika beginnen, und die Diät, welche bis dahin, wenn auch nährend, doch von der blandesten und reizlosesten Art sein musste, von mehr kräftiger, roborirender Beschaffenheit sein lassen, und den Genuss von kräftigen Brühen, geröstetem Fleische und einer mässigen Quantität Wein oder Porter anordnen.

Während der Rekonvaleszenz muss der Kranke sich noch zu Hause halten, wenigstens in der ersten Zeit, und es darf ihm nur allmälig die Bewegung in der freien Luft gestattet werden. Seine Bekleidung muss warm sein, namentlich ist es sehr zweckmässig, dass er ein Flanellhemde auf blossem Leibe trage. Später kann der Aufenthalt auf dem Lande von sehr heilsamer Wirkung sein, und ist

derselbe daher, wenn die äusseren Verhältnisse des Kranken es nur irgend gestatten, stets anzuempfehlen. (*Dublin Journal of medical Science.*)

Von einer eigenthümlichen Form des Krups, die als Komplikation der Masern auftritt, von Dr. Charles West, Arzt am Königl. Kinderhospitale zu London.

Im Herbste des Jahres 1842 herrschte in einer ungewöhnlichen Verbreitung unter den Kranken des Kinderhospitales eine Diarrhoe. Im Monate August hatte sie den höchsten Gipfel erreicht, indem von 168 unter meiner Behandlung befindlichen Kranken 71, also 41 pCt. daran litten. Im September nahmen die Fälle bis auf 24 pCt. ab, im Oktober bis auf 14 und im November bis auf 8 pCt. aller im Monat aufgenommenen Kranken. Im Verhältniss, als nun die Diarrhoe sich ermässigte, wurden katarrhalische Affektionen der Respirationsorgane häufiger. Der *Catarrhus bronchiorum,* der im Monat August nur in 11 Fällen unter hundert beobachtet wurde, befiel 20 pCt. im September und 28 pCt. im Oktober, und wiewohl er an Frequenz im November und Dezember abnahm, so waren doch noch 18 pCt. aller im Dezember aufgenommenen Kranken damit behaftet. Im Monat Juli 1842, als die Diarrhoe zuerst einen epidemischen Charakter anzunehmen anfing, traten Fälle von Masern häufiger auf, und die Krankheit wurde bald epidemisch, obwohl sie einige Monate hindurch nur sporadisch geherrscht hatte. Diese Epidemie der Masern dauerte während des ganzen Herbstes fort, erreichte aber ihre grösste Frequenz erst am Ende des November und Anfang Dezember, indem im letzteren Monate 20 pCt. aller unter meine Behandlung kommenden Kranken davon ergriffen wurden. Sie wurden geringer im Anfang des Jahres 1843, und an ihre Stelle trat ein epidemischer Keuchhusten, der die einzige Epidemie des gegenwärtigen Jahres gewesen ist.

Die epidemische Konstitution dieses ganzen Zeitraums vom Herbst 1842 bis zum folgenden Frühjahr, welche überdies sich durch ein ungewöhnliches Vorherrschen derjenigen Art von ulzerativer Entzündung der Mundschleimhaut, die unter dem Namen Stomatitis bekannt ist, charakterisirte, scheint auch etwas zu den Eigenthümlichkeiten der damals epidemischen Masern beigetragen zu haben, indem sie zu einer sehr tückischen und gefährlichen Komplikation, die in einer Affektion

der Schleimhaut des Mundes und der Luftwege bestand, welche sich mehr der Diphtheritis als dem gewöhnlichen Krup näherte, Veranlassung gab.

In keinem englischen Werke fand ich dieser Komplikation der Masern Erwähnung gethan, oder das gelegentliche Vorkommen des Krups während des Verlaufs der Krankheit oder als eine ihrer Folgen angeführt. Dass sie von den Schriftstellern des Kontinents wenig berücksichtigt wird, scheint gleichfalls zu beweisen, dass sie nicht oft als eine wichtige Komplikation der Masern in anderen Theilen Europas auftritt. Rilliet und Barthez, die neuesten und das meiste Vertrauen verdienenden Schriftsteller über Kinderkrankheiten, führen ausdrücklich an [1]), dass die Entzündung des Pharynx und Larynx, welche im Verlaufe der Masern hinzutritt, gewöhnlich von so geringer Wichtigkeit ist, dass ihre Symptome selten gefahrvoll, und die Veränderungen, welche sie erzeugen, selten von Bedeutung sind. Von dieser allgemeinen Regel giebt es indess manche nicht zu übersehende Ausnahmen; so herrschte in den Jahren 1837 und 1838 im Distrikt von Bisigheim im Königreich Würtemberg eine Masernepidemie [2]), in welcher das Stadium der Desquamation oft von einem höchst gefährlichen sekundären Krup begleitet war, in dessen Folge sich sehr bedeutende Pseudomembranen in den Luftwegen bildeten. Während einer epidemischen Verbreitung der Masern im Jahre 1835 in Sigmaringen und der umliegenden Gegend [3]) bildeten sich Pseudomembranen auf den Tonsillen und dem Gaumen, mit den übrigen Symptomen des Krups verbunden; diese diphtheritische Affektion herrschte aber nur in einem Bezirk, während sich an anderen Orten durch die Bildung aphthöser Geschwüre auf der Zunge eine Neigung dazu zeigte. Eine ähnliche Komplikation bot sich in einigen Fällen in der sehr bösartigen Masernepidemie zu Bonn in den Jahren 1829 und 1830 dar [4]). Eine Nachforschung in der periodischen medizinischen Literatur würde wahrscheinlich manche Fälle auffinden lassen, in welchen Masern mit Krup oder Diphtheritis komplizirt waren. Meine gegenwärtige Absicht ist

---

1) *Traité des maladies des enfants. T. II. p.* 721.

2) Medizinische Abhandlungen, von Dr. G. C. F. Hauff. Stuttgart 1839. S. 79.

3) Beschrieben von Heyfelder in seinen Studien im Gebiete der Heilwissenschaft. Stuttgart 1839. 2ter Band. S. 9.

4) Beschrieben von Wolff: *De morbillorum epidemia annis* 1829 *et* 1830 *Bonnae etc. grassante. Bonn* 1831.

indessen nicht, eine Beschreibung der Masernepidemieen zu geben, sondern einfach mitzutheilen, was ich allein beobachtet habe.

Keiner von den sechs Fällen, die ich aufgezeichnet, bot im Beginn irgend etwas Besonderes dar. Der vorhergehende Katarrh war nicht bedeutender als gewöhnlich, auch die Maserneruption war weder stärker noch geringer, als in den Fällen, wo keine Komplikation sich hinzugesellte. In einem Falle trat die Brustaffektion am zweiten Tage nach der Eruption auf; in den anderen erst, als dieselbe abnahm, oder das Stadium der Desquamation bereits begonnen hatte. In dem ersten Falle, den ich beobachtete, bei einem Kinde an der Brust, war der Ausbruch der Masern verhältnissmässig sehr gelind; das Kind hatte den sechsten Tag nach dem Erscheinen des Ausschlages erreicht, und Alles schien eine günstige Konvaleszenz zu versprechen. Am siebenten Tage trat eine geringe Neigung zum Schlummern ein, mit Steigerung des Masernhustens; diese Symptome aber schienen so geringfügig, um einen Verdacht zu erwecken, dass ich das Kind bis zum neunten Tage nicht besuchte. Ich fand es nun mit höchst mühsamer Respiration, allen Symptomen des schon vorgeschrittenen Stadiums des Krups, und einem bedeutenden Daniederliegen der Kräfte. Dieser Zustand hatte schon 24 Stunden angedauert, und zwölf Stunden später endete er mit dem Tode. Das Kind hatte seit dem dritten Tage nach der Eruption an einer heftigen Entzündung der Mundschleimhaut, mit kleinen aphthösen Geschwüren auf derselben und auf der Zunge, gelitten. Ich achtete indess damals nicht auf diese, als Verkünderin des Vorhandenseins eines gefährlicheren Leidens.

Ein anderer Fall, in dem die krupösen Symptome sehr deutlich ausgesprochen waren, obgleich er nicht so schnell tödtlich wurde, als der vorhergehende, war der des John M., 4½ Jahr alt. Dieses Kind war bis zum 20. Januar 1843, wo es erkrankte, vollkommen gesund gewesen; am 22sten brachen die Masern in grosser Menge hervor; es schien sich ganz gut zu befinden bis zur Nacht des 25sten, wo es zu husten begann; am 26sten wurde das Athmen beschwerlich, und von da an wurde es zusehends schlechter. Die Mutter legte ihm 4 Blutegel auf die Brust, gab ihm innere Mittel, und machte Fomentationen über den Thorax, ohne Besserung, so dass sie es am 28. Januar zu mir brachte.

Die Reste des Ausschlages waren noch im Gesicht und auf dem Rücken zu sehen; Pat. lag betäubt, mit starrem Blick da; das Athmen ging sehr mühsam von Statten, sehr beschleunigt, laut keuchend; wäh-

rend der Inspiration, zuweilen trat ein geringer heiserer, klangloser Husten ein; der Puls war voll, gespannt, aber leicht zu komprimiren; die Zunge roth und rauh, mit kleinen aphthösen Flecken bedeckt, von denen einer oder zwei auch auf den Tonsillen sassen, welche indessen nicht sehr roth, auch nicht mit Pseudomembranen bedeckt waren. Er hatte an diesem Tage zum ersten Male einige Beschwerde beim Schlucken gezeigt, und eben so von Zeit zu Zeit Anfälle von Dyspnoe, welche in Erstickung überzugehen drohten.

Kein anomales Geräusch wurde in den Lungen entdeckt, aber die Luft trat sehr unvollkommen ein.

Der Fall schien nicht von der Art zu sein, um Blutentziehungen zuzulassen. Deshalb verordnete ich eine Auflösung von ***Cuprum sulphuric.*** gr. β, alle zehn Minuten, bis dreimal Erbrechen erfolgt wäre, und dann jede Stunde damit fortzufahren, und liess ***Ung. mercuriale*** ʒj in die Schenkel alle 2 Stunden einreiben.

Um 7 Uhr Abends besuchte ich das Kind wieder. Es hatte neun Dosen der Arznei genommen, und nach der zweiten gebrochen; das Erbrechen war aber nicht wieder eingetreten. Die Dyspnoe war nicht mehr so heftig als am Morgen; das Kind, bei meiner Ankunft ruhig schlafend, wurde leicht erweckt, und zeigte im wachen Zustande nicht mehr den Ausdruck von Angst, der früher vorhanden war.

Ich setzte nun das ***Cupr. sulphur.*** aus, liess aber die Merkurialsalbe weiter einreiben, und verordnete Kalomel gr. ij mit ***Tart. emetic.*** gr. $\frac{1}{4}$ zweistündlich.

Den 29. Januar, 10 Uhr Morgens. Viel Schlaf während der Nacht, aber Pat. hatte zwei oder drei Anfälle von sehr heftiger Dyspnoe gehabt; seine Mutter hielt den Zustand für schlechter. Einmal hatte er den Versuch zum Brechen gemacht, aber nur ein wenig Schleim ausgeworfen, und ohne irgend eine Erleichterung. Er sass aufrecht im Bette, mit einem Ausdruck grosser Angst im Gesicht; die Jugularvenen waren sehr ausgedehnt, die Inspiration zischend, der Husten schmerzhaft, und gedämpfter als an dem vorhergehenden Tage. Das Schlucken ging erträglich, aber bisweilen folgte ein quälender Husten der Deglutition. Er klagte über seine Brust, und der Larynx schmerzte ihm bei der Berührung. Die Haut des Rumpfes war heiss, die Extremitäten hingegen kalt, der Puls noch eben so frequent, wie Tags zuvor, hatte aber an Kraft verloren. Die Zunge war noch roth und rissig, aber eine bedeutende Röthe der Fauces fand nicht statt, auch zeigten sich auf ihnen keine Flecke von Pseudomembranen; es war

eine bedeutende Ulzeration des Zahnfleisches und ein geringer Fötor vorhanden.

Das Kalomel wurde ausgesetzt, die Merkurialeinreibung aber weiter angewandt; ferner gr. ij Ammonium mit *Tinct. Scillae* gutt. x und *Decoct. Senegae* ℥β wurden alle zwei Stunden verordnet.

Am Abend war der Zustand noch derselbe, der Puls machte aber 140 Schläge, und setzte bei von Zeit zu Zeit eintretenden Anfällen von Dyspnoe aus. Ich fand den Kranken am 30sten Morgens auf den Armen der Mutter sitzend, indem er nicht mehr zu liegen im Stande war; das Gesicht war geröthet, mit den Zeichen der höchsten Angst, der Schweiss stand in grossen Tropfen auf der Stirn; er blickte mit einem Ausdruck von unaussprechlichem Elend um sich, als wenn er um Hülfe flehe; die Respiration war zischend, die Stimme nur noch einem Flüstern ähnlich; heiserer, klangloser Husten; die Luft tritt nur spärlich in die Lungen, das Zahnfleisch sehr schmerzhaft, die Fauces geröthet, eine geringe Pseudomembran auf den Tonsillen.

Ein Blasenpflaster ward nun auf den oberen Theil der Brust applizirt, mit der Einreibung wurde alle 3 Stunden fortgefahren, und das Ammonium zweistündlich gereicht.

Am Abend war er im Stande, sich niederzulegen, verfiel aber in einen komatösen Zustand, welcher abwechselnd vom 31. Januar bis zum 3. Februar fortdauerte, wo das Kind starb.

Am Tage vor dem Tode schien es mit viel grösserer Leichtigkeit zu athmen als an den vorhergehenden. Das Gesicht hatte von seinem ängstlichen Ausdruck verloren; die Respiration wurde geräuschlos und ruhiger, der Husten war nicht so gedämpft, die Stimme, wiewohl noch immer ein heiseres Flüstern, war klarer, und wenn es geweckt wurde, antwortete es vernünftig, ohne zu deliriren.

Bei der Obduktion fand man das untere Drittheil des unteren Lappens der rechten Lunge in einem Zustande rother Hepatisation, die Bronchialdrüsen waren roth und geschwollen. Der weiche Gaumen war verdickt und ödematös, und ein kleines Geschwür befand sich auf der rechten Seite der Uvula. Die untere Fläche des Kehldeckels und die Schleimhaut des Larynx waren überall rauh und granulös, als wenn sie durch unzählige kleine Ulzerationen erodirt wären. Ihre Oberfläche zeigte eine schmutzige, aschgraue Farbe, war nicht mit Pseudomembranen bedeckt, sondern nur mit einem leichten schmutzigen Schleim überzogen. Die Luftröhre war fleckweise geröthet, am stärksten ungefähr einen Zoll über der Theilung der Bronchi. Die

weiteren Bronchien waren intensiv geröthet, und die der rechten Seite enthielten schaumige röthliche Flüssigkeit, die kleineren hingegen waren nicht injizirt.

Der Bruder dieses Kindes, von zartem Baue, ungefähr ein Jahr alt, wurde um dieselbe Zeit von den Masern befallen. Bei ihm waren sie im Beginn mit Pneumonie komplizirt, und die krupösen Symptome, die erst am dritten Tage hinzutraten, waren weniger deutlich ausgesprochen. Das Zahnfleisch wurde schmerzhaft; die Zunge roth, rissig und geschwürig; er verlor die Stimme vollständig, hatte einen krupartigen Husten, wiewohl er nicht ganz klanglos war; die Dyspnoe war nicht so bedeutend als im vorigen Falle, aber wie in jenem verfiel das Kind in einen komatösen Zustand und starb am siebenten Tage. Ich war nicht im Stande, die Sektion zu erhalten.

In diesen drei erwähnten Fällen war die Natur der Affektion nicht zu verkennen, und in zweien waren die krupösen Symptome sehr deutlich ausgesprochen. Zuweilen indessen ist die Diagnose in ein grösseres Dunkel gehüllt. Das Kind ist augenscheinlich kränker, als nach dem alleinigen Vorhandensein der Masern zu erwarten wäre, aber es klagt nicht über ein bestimmtes Leiden, und man kann sich nicht überführen, dass irgend ein Organ insbesondere erkrankt sei. Das Kind schlummert fortwährend, zeigt Schwierigkeit beim Schlucken, und Abneigung zu sprechen, Husten kann aber fehlen; keine krupartigen Töne begleiten die Respiration, und das Kind spricht so laut, dass es kaum möglich ist, irgend eine Veränderung im Klange der Stimme wahrzunehmen. In einem solchen Falle übersah ich die gefährliche Komplikation bis zum letzten Augenblicke. Die Kranke war ein Mädchen von 5 Jahren. Sie wurde von den Masern ergriffen, und ich beobachtete sie um so aufmerksamer, da sie schon mehrere Anfälle von Krup gehabt hatte. Der Ausschlag kam ganz normal hervor, und war in diesem Falle, ausser einer auffallenden Neigung zum Schlummern, welche fast vom Beginn der Krankheit an vorhanden war, nichts Ungewöhnliches aufzufinden. Die Respiration war beschleunigt, der Puls frequent und ohne Kraft; aber es fand weder Husten, noch ein krupartiger Ton beim Athmen statt, noch gab die Auskultation Aufschluss über ein wichtiges Leiden in den Lungen. Nach und nach steigerte sich die Schlafsucht des Kindes immer mehr und mehr; es nahm kaum etwas Getränk zu sich, sprach gar nicht; der Puls wurde frequenter, und es versank in einen dem Koma ähnlichen Zustand. Jetzt erst fiel es mir ein, was ich bis dahin vernachlässigt hatte, und

ich untersuchte den Zustand des Mundes. Die Fauces waren roth und sehr angeschwollen, und Fetzen einer Pseudomembran bedeckten die Tonsillen und den Gaumen. Zwölf Stunden später, am fünften Tage der Krankheit, starb das Kind.

Ellen D., 21 Monate alt, wurde am 9. Dezember 1842 von den Masern befallen. Sie litt vom Anfang an an Husten und das Exanthem war mit einer doppelten Pneumonie komplizirt, die durch lokale Blutentziehung und Darreichung von Kalomel und Antimon beseitigt wurde. Einige Tage hindurch schien sich das Kind zu bessern, am 16ten aber verschlimmerte sich der Zustand, indem es nach einem kurzen Schlummer sich plötzlich im Bette in grosser Unruhe erhob. Sie war gewöhnlich schlaflos, von Husten gequält, und wollte nicht trinken, obgleich sie keine besondere Schwierigkeit beim Schlucken zu empfinden schien. Ihre Stimme wurde heiser, und diese Heiserkeit ging einige Tage vor dem Tode in vollständige Aphonie über. Bis jetzt waren noch nie ein Zischen beim Athmen, oder deutliche krupartige Symptome beobachtet worden; aber die Zunge war roth und trocken und an den Rändern mit kleinen aphthösen Geschwüren besetzt; das Zahnfleisch war schmerzhaft, was, wahrscheinlich mit Unrecht, dem verordneten Quecksilber zugeschrieben wurde. Die Schlaflosigkeit nahm zu, ihre Kräfte sanken von Tage zu Tage immer mehr, aber es stellten sich bis zum 24sten keine neuen Symptome ein, wo sie, obgleich die Dyspnoe nicht sehr beträchtlich zu sein schien, nicht im Bette liegen wollte, sondern fortwährend auf dem Arme der Mutter aufrecht sass, und wenn sie nur einen Augenblick hingelegt wurde, sogleich wieder die sitzende Stellung annahm. Dies dauerte so bis zum 25. Dezember fort, wo sie starb.

Bei der Sektion fand sich lobuläre Pneumonie im ersten Grade im oberen Lappen der linken Lunge, vesikuläre Pneumonie und graue Hepatisation des grösseren Theils des unteren Lappens. Im ganzen rechten oberen Lappen war lobuläre Pneumonie im ersten Grade vorhanden, mit einer Stelle von rother Hepatisation, graue Hepatisation des mittleren und unteren Lappens, mit einer geringen vesikulären Pneumonie im unteren.

Die Zungenwurzel und der hintere Theil des Larynx waren mit Fetzen von Pseudomembranen bedeckt, und die Oberfläche der Epiglottis bot ein ähnliches Aussehen dar, und war mit kleinen ausgehöhlten Ulzerationen versehen. Der ganze Oesophagus befand sich in einem kongestiven Zustande, und war durch eine vollkommene Röhre

von Pseudomembranen ausgekleidet, welche sich fast bis zur Kardia erstreckte und mit einem unregelmässigen Rande endigte. Die untere Fläche der Epiglottis war mit Pseudomembranen bedeckt und zeigte ulzerirte Stellen, ähnlich denen an der oberen. Die die Giessbeckenknorpel überziehende Schleimhaut war gerunzelt und angeschwollen, und die Oeffnung der Stimmritze war verengt, theils durch die Anschwellung, theils durch die Ablagerung von Pseudomembranen. Eine schmutzig graue Membran kleidete den Larynx aus, füllte den Raum zwischen den wahren und falschen Stimmbändern aus und verschloss den Eingang zum *Ventriculus Morgagni.* Nach Entfernung der Pseudomembran zeigte sich der Larynx uneben, wie wurmstichig, aber nicht überall roth, und mit Blut überfüllt. Die Membran erstreckte sich nicht über den Larynx hinaus, die Luftröhre war nicht in ihrer ganzen Ausdehnung geröthet und enthielt nur eine geringe Menge Schleim.

Der letzte Fall, den ich beobachtete, betraf ein Mädchen von 18 Monaten, welche, als sie mir zur Behandlung übertragen wurde, an Durchfall, der den Masern gefolgt war, litt. Das Exanthem war seit vier Tagen verschwunden, die Diarrhoe war bedeutend, Tenesmus und blutige Stühle waren vorhanden, es befanden sich kleine aphthöse Geschwüre an der inneren Seite des Mundes. Nach vier Tagen schien sie sich zu bessern, drei Tage hindurch wurde sie nicht zu mir gebracht, und nach deren Verlauf kehrte sie mit schwieriger Deglutition, fast vollständiger Aphonie, leichtem krupartigen Tone beim Athmen, und Pseudomembranen, die den intensiv gerötheten, weichen Gaumen bedeckten, zurück. Vier und zwanzig Stunden später war das Kind todt.

Die Lungen waren entzündet, und an einigen Stellen hatte die Pneumonie den dritten Grad erreicht. Der weiche Gaumen, die Fauces, die Epiglottis, und der obere Theil des Pharynx waren intensiv geröthet und mit Pseudomembranen bedeckt, die fest anhingen und sich fast anderthalb Zoll weit in die Speiseröhre fortsetzten. Der Larynx war mit Eiter angefüllt und von einer Pseudomembran, die der im Pharynx ähnlich war, bedeckt; seine Schleimhaut war in einem bedeutenden kongestiven Zustande, aber nicht ulzerirt. Diese Kongestion endete mit einem Male am unteren Rande des Schildknorpels, und die Luftröhre war ganz blass, obwohl sie eine geringe eiterartige Flüssigkeit enthielt.

Die oben weitläufig angeführten Fälle machen längere Betrach-

tungen unnöthig. Sie zeigen, dass eine Affektion der Luftwege, ihrem Charakter nach gefährlich, in ihren Symptomen oft dunkel, sich zuweilen als Komplikation zu den Masern hinzugesellt. Sie thut sich auf eine zwiefache Art kund, indem die Krankheit entweder nicht zu verkennen, von Anfang an mit deutlich ausgesprochnen Symptomen des Krups auftritt, oder ihr Wesen verborgen ist und ihre Ursachen nicht aufzufinden sind. Diese Neigung hat, wie wir gesehen, einen unglücklichen Ausgang zur Folge, da die Heftigkeit der Symptome während des Lebens keine Auskunft giebt von dem Vorhandensein desjenigen Leidens, das man nach dem Tode entdeckt. Die Gefahr wird noch gesteigert durch die häufige gleichzeitige Entwickelung der Entzündung der Lungen, welche überdies die Symptome des Krups in den Hintergrund drängt. Das Auftreten dieser Affektion muss man indess vermuthen, wenn Schlummersucht, Abneigung zu schlucken oder schwierige Deglutition, erschwertes Sprechen, oder Veränderung im Klange der Stimme, selbst wenn kein krupöser Husten oder zischendes Athmen vorhanden ist, sich zeigen. Diese Vermuthung wird zur Gewissheit gesteigert, wenn das Zahnfleisch ein schwammiges Aussehen hat, oder wirklich ulzerirt ist, wenn die Zunge übernatürlich roth und rissig ist, und wenn kleine aphthöse Geschwüre an den Rändern und auf der die Mundhöhle auskleidenden Schleimhaut vorhanden sind. In solchen Fällen wird eine Untersuchung der Rachenhöhle, die niemals unterlassen werden sollte, gewöhnlich Röthe und Anschwellung des weichen Gaumens, und wenn auch nicht immer, doch meistentheils die Gegenwart von Pseudomembranen ergeben.

Eine grosse Abnahme der Kräfte, welche jede Blutentleerung kontraindizirt, begleitet die lokale Affektion. Die Anwendung des Kalomel und derjenigen Mittel, deren man sich gewöhnlich beim entzündlichen Krup bedient, ist ganz erfolglos, während von der frühen und kräftigen Applikation der Aetzmittel, eben so wie bei der gewöhnlichen Diphtheritis, wie es scheint, Erfolg zu erwarten wäre. Doch beweist der zweite oben mitgetheilte Fall, dass die Entwickelung der Pseudomembranen nicht nothwendig erforderlich sei, dass das gefährliche Leiden im Larynx auch ohne sie bestehen kann, und folglich einen günstigen Ausgang vorherzusehen nicht in jedem Falle möglich ist, selbst bei sehr zeitiger Anwendung der Kauterisation.

II. *Analysen und Kritiken.*

Ueber die Krankheiten der Hoden im kindlichen Alter.

(*A practical Treatise on the diseases of the testis and of the spermatic cord and scrotum, by T. Curling. London* 1843, 8.)

Wie die Werke der englischen Aerzte überhaupt, so trägt auch das vorliegende das Gepräge einer, man erlaube uns diesen Ausdruck, praktischen Wissenschaftlichkeit, und der folgende Auszug, in dem wir die das kindliche Alter betreffenden Bemerkungen des bekannten Verfassers zusammenzustellen versucht haben, dürfte demnach nicht ohne einiges Interesse sein.

1. Unvollkommener ***Descensus testiculi.*** Es trifft sich nicht selten, dass man bei der Geburt einen oder auch beide Hoden noch nicht im Skrotum findet; sie liegen dann entweder innerhalb der Bauchhöhle in der Nähe der inneren Oeffnung des Leistenkanals, oder auch vor dem äusseren Leistenringe in der Weichengegend. Wrisberg hat 103 Kinder in dieser Beziehung untersucht, und gefunden, dass bei 21 derselben ein oder beide Hoden noch in der Inguinalgegend lagen, bei 12 hatten sie die Bauchhöhle noch gar nicht verlassen. Auch scheint nach seinen Beobachtungen der linke Hode häufiger diese Anomalie der Lage darzubieten als der rechte. Hunter war der Meinung, dass in solchen Fällen das Herabsteigen des Hodens am häufigsten zwischen dem zweiten und zehnten Lebensjahre erfolge. Nach Curling's Beobachtungen soll, wenn der Descensus nicht innerhalb eines Jahres nach der Geburt vollendet ist, dieser späterhin fast niemals ohne Ruptur und Erzeugung einer Hernie vor sich gehen könne.

Zu den Ursachen des unvollkommenen Descensus des Hodens zählt der Verfasser Paralyse oder mangelhafte Entwickelung des ***Muscul. cremaster*** während des Fötuslebens; ferner durch Peritonitis bedingte Adhäsionen zwischen dem Hoden und den übrigen Unterleibseingeweiden, welche Hindernisse der Kremaster nicht zu überwinden vermag. Der Verf. erzählt hier mehrere Fälle aus seiner Praxis, so wie auch einige fremde Beobachtungen, welche die Möglichkeit der zuletzt angeführten Ursache ausser Zweifel setzen. Hunter glaubt, dass auch die Enge des äusseren Leistenringes nicht selten das Herabsteigen des Hodens verhindere, wofür nach Wilson noch der Um-

stand spricht, dass man den Hoden viel häufiger in der Weiche als in der Unterleibshöhle antrifft.

Was die Folgen des eben beschriebenen Zustandes in Bezug auf geschlechtliche Potenz anbetrifft, so tritt der Verf. der Meinung Hunter's entgegen, und behauptet, dass selbst die Lage der Hoden innerhalb der Bauchhöhle keine Ursache für Impotenz abgiebt. Mit dieser Versicherung möge man ängstliche Eltern beruhigen.

Der Zustand des Hodens selbst ist weit günstiger, wenn er in der Bauchhöhle bleibt, als wenn er in seinem Herabsteigen durch den Inguinalkanal aufgehalten wird. Der Grund dieser Erscheinung ist leicht einzusehen, wenn man die äusseren Schädlichkeiten bedenkt, denen der Hode im letzteren Falle ausgesetzt ist. Daraus schliesst nun der Verfasser, dass, wenn der Hode bis zum 12ten Lebensjahre noch nicht völlig in das Skrotum hinabgestiegen ist, es am gerathensten für den allgemeinen Gesundheitszustand des Individuums sein dürfte, durch mechanische Mittel den Hoden im Unterleibe zurückzuhalten, da es nämlich erwiesen ist, dass nach dem 12ten Jahre der Descensus nicht ohne grössere oder geringere Störungen, zumal der Entwickelung eines Leistenbruches, möglich ist.

Die Diagnose von der Bubonocele ist nicht immer ganz leicht, zumal wenn gleichzeitig eine kleine *Hernia congenita,* und vielleicht noch dazu Wasseransammlung in der *Tunica vaginalis* vorhanden ist. Die Leerheit des Skrotum, so wie das eigenthümliche Schmerzgefühl beim Druck auf die Geschwulst, wenn diese den Hoden enthält, werden die Diagnose erleichtern.

In sehr seltenen Fällen nimmt der Hode beim Herabsteigen eine fehlerhafte Richtung, und senkt sich, anstatt in das Skrotum, ins Perinäum. Dem Verf. sind nur 3 Fälle dieser Art bekannt, die alle bei kleinen Kindern vorkamen.

2. *Hydrocele testiculi.* Diese Krankheit beginnt im frühen Kindes- und im mittleren Lebensalter häufiger, als in späteren Jahren. Sie ist sogar eine sehr häufige Erscheinung innerhalb weniger Wochen nach der Geburt. Bei jungen Kindern tritt die Krankheit gewöhnlich nur auf einer, und zwar häufiger auf der rechten Seite auf. Der Verf. sah nur einige Fälle, in denen beide Seiten ergriffen waren.

Die Symptome der Hydrocele erleiden im kindlichen Alter nicht selten einige Modifikationen. Es trifft sich zuweilen, dass die *Tunica vaginalis* nach der Geburt noch in einer gewissen Ausdehnung längs

des Saamenstranges offen bleibt; wenn daher eine Ansammlung von Flüssigkeit in derselben stattfindet, so nimmt die Anschwellung eine pyramidale, längliche Gestalt an, und der Hode selbst wird tiefer als in den gewöhnlichen Fällen gefühlt. Auch ist bei Kindern die Höhle der Scheidenhaut oft nicht vollständig mit Wasser angefüllt, sondern nur theilweise, — ein Umstand, welcher das Durchfühlen des Hodens natürlich sehr erleichtert.

Bei Kindern verschwindet die Hydrocele sehr häufig, ohne dass irgend ein Mittel dagegen angewendet wird, bei Erwachsenen bekanntlich eine sehr seltene Erscheinung. Wenn der Wundarzt ein Kind von einigen Monaten, welches an Hydrocele leidet, zur Behandlung bekommt, so hat er nichts weiter zu thun, als das Skrotum mittelst eines Suspensoriums oder einer ähnlichen Bandage zu stützen, und Umschläge mit einer Flüssigkeit zu machen, die aus ℥j Salmiak, ℥iv destillirtem Weinessig und ℥vj Wasser besteht. In einigen Fällen verschwand die Hydrocele nach wiederholter Bepinselung des Skrotums mit *Tinct. Jodi.* Wenn nach zwei- bis dreiwöchentlicher Behandlung die Anschwellung sich nicht vermindert, so mag man die Punktion mittelst einer Staarnadel vornehmen. Diese wird dann gewiss zur Kur hinreichen, ohne dass man nöthig hat, etwa die Akupunktur anzuwenden.

3. Angeborene Hydrocele. Diese bietet bei Kindern ganz dieselben Erscheinungen dar, wie bei Erwachsenen. Sie erscheint gewöhnlich bald nach der Geburt, und pflegt des Abends einen grösseren Umfang zu haben als am Morgen, wenn der Kranke das Bett verlässt. Der Grund ist leicht einzusehen. Die Behandlung muss dahin zielen, eine Obliteration des Halses des offenen Scheidenhautsackes herbeizuführen und die Kommunikation der Flüssigkeit mit der Unterleibshöhle aufzuheben. Zu diesem Zwecke muss das Kind ein passendes Bruchband tragen. Ist die Adhäsion der Wandungen des Sackes erfolgt, so erfolgt auch die Resorption der angesammelten Flüssigkeit gewöhnlich rasch, was man noch durch Applikation stimulirender Fomente befördern kann. Es ist sehr wünschenswerth, dass die Heilung der angeborenen Hydrocele schon im frühen Lebensalter erfolge; denn es ist bekannt, wie leicht in späteren Jahren Entzündungen des Hodens entstehen, die sich dann, bei noch bestehender Kommunikation der Scheidenheit mit dem Unterleibe, ohne Hinderniss bis zum Peritonäum ausbreiten würden, — ein Uebelstand, der auch beim unvollkommenen Descensus des Hodens vorkommt.

4. *Hydrocele cystica funiculi spermatici* kommt bei Kindern nicht selten vor. Curling sah sie schon 14 Tage nach der Geburt sich bilden, und leitet sie von der nur an einzelnen Stellen erfolgten Obliteration des Peritonealfortsatzes her, deren Zwischenräume durch Serum ausgedehnt und so in eine Kyste umgewandelt werden. Uebrigens wird die Affektion in der Regel erst dann bemerkt, wenn sie bereits eine beträchtliche Grösse erreicht hat. Die Gefässe des Saamenstranges liegen gewöhnlich an der hinteren Seite der Geschwulst. In den meisten Fällen erfolgt die Heilung spontan, ohne dass Kunsthülfe nöthig wäre. Indess ist die Affektion für die Eltern der Kinder gewöhnlich eine Quelle grosser Unruhe, indem sie den Verdacht einer Hernie stets rege hält. Der Arzt kann jedoch die Versicherung geben, dass die Krankheit von gar keiner Bedeutung ist, und dass, falls sie nicht von selbst schwinden sollte, es nur der Applikation stimulirender Fomente, oder einer ganz unbedeutenden Operation bedarf, um sie zu heben. Man halte aber wohl fest, dass, so lange die Geschwulst keinen grossen Umfang erreicht hat und keine Schmerzen verursacht, es am besten ist, die Heilung der Natur zu überlassen. Sollte einmal eine der grösseren Operationen nöthig werden, so giebt der Verf. vor allem Anderen dem Einziehen eines Haarseils den Vorzug, bemerkt aber, dass, wenn die Geschwulst hoch oben ihren Sitz habe, die Operation grosse Vorsicht erheische, damit sich die konsekutive Entzündung nicht auf das nahegelegene Peritonäum fortpflanze.

Curling berichtet den Fall eines 6jährigen Kindes, welches an einem Wasserbruch des Hodens, komplizirt mit *Hydrocele cystica* des Saamenstranges, litt. Nach dreimal wiederholter Akupunktur verschwand die erste Affektion, die zweite aber blieb unverändert, bis sie endlich der Aufpinselung einer Jodineauflösung und der Punktion wich. Auch in der *London medical Gazette, Vol. XXIX. p. 757.*, ist ein Fall dieser Art, der ein ganz junges Kind betraf, beschrieben worden.

5. *Orchitis.* Curling hat mehrere Fälle von akuter Hodenentzündung bei kleinen Kinder beobachtet. Die Symptome waren sehr heftig, die Anschwellung bedeutend; doch beschränkte sich die Krankheit immer nur auf einen Hoden, und nahm auch stets einen günstigen Ausgang. Blutegel, Fomentationen und Purganzen sind hier, wie bei Erwachsenen, an der Stelle.

A. Cooper hat bemerkt, dass bei sehr jungen Kindern der Hode

zuweilen anschwillt und hart wird, ohne indess Schmerz oder andere Störungen zu verursachen. Die Anschwellung wird zufällig von den Eltern oder den Kinderwärterinnen bemerkt, und kann in demselben Zustande Wochen, Monate und Jahre lang verharren, bis sie bei Besserung des Allgemeinbefindens nachlässt und der Hode seine natürliche Gestalt wieder annimmt. Auch Curling sah einen solchen Fall bei einem 10 Monat alten Kinde. Die Hoden waren kurz nach der Geburt bedeutend angeschwollen, so dass der rechte schon die Grösse einer Wallnuss erreicht hatte. Dabei waren sie hart, aber glatt und eben anzufühlen, auch nicht an allen Stellen empfindlich. Der Verf. wagt nicht, die Natur dieser chronischen Anschwellung genau zu bestimmen, tritt aber auch nicht der Ansicht Cooper's bei, welcher die Krankheit als eine tuberkulöse Affektion betrachtet. Gegen diese Annahme scheint ihm der Umstand zu streiten, dass der Hode gewöhnlich zu seiner natürlichen Grösse zurückkehrt, ganz abgesehen davon, dass die Art der Anschwellung selbst jener Ansicht ungünstig ist.

6. Tuberkulose des Hodens kommt bei Kindern in Verbindung mit anderen tuberkulösen und skrophulösen Leiden (der Lungen, der lymphatischen und mesenterischen Drüsen, der Gelenke, der Wirbelknochen u. s. w.) nicht selten vor. Allein nicht oft hat man Gelegenheit, vor der Pubertät den Uebergang der Krankheit in Eiterung zu beobachten. Der Verf. führt deshalb 2 solcher Fälle an, die von ihm selbst und von Lloyd behandelt wurden. In dem zweiten Falle trat nach dem Platzen des Abszesses vollkommenes Schwinden des Hodens ein.

7. Encephaloid des Hodens. Kein Lebensalter ist von dieser Krankheit ausgeschlossen. Cline operirte einen fünfjährigen Knaben, der an derselben litt, das Uebel kehrte aber noch furchtbarer wieder. Eben so exstirpirte Blizard den Hoden eines dreijährigen Kindes, dessen Durchmesser $1\frac{1}{2}$ Zoll betrug. Earle erzählte von einem einjährigen Kinde, welches wegen desselben Leidens operirt wurde; es starb aber schon wenige Monate darauf, indem sich die Krankheit im Gehirn und anderen wichtigen Organen ausbildete. Diese Fälle, deren Zahl wir leicht noch vergrössern könnten, mögen genügen, um das Vorkommen jener schrecklichen Krankheit im frühen Kindesalter ausser Zweifel zu setzen.

8. Varikocele kommt nur sehr selten vor der Zeit der Pubertätsentwickelung vor. Curling sah nur einen Fall dieser Art bei

einem 13jährigen Knaben; die Varikocele befand sich auf der linken Seite, und war nach einem Fall entstanden.

Beiträge zur Pathologie der Rhachitis.

(*Miscellanies and Contributions on the Pathology of Rhachitis and Scrofula, by James R. Smyth. London* 1844, 8.)

(Zweiter Artikel.)

Nachdem der Verf. seine Ansichten über erbliche Krankheitsanlage im Allgemeinen ausgesprochen hat, fährt er in folgender Weise fort:

„In Betreff der Aetiologie der Rhachitis lassen sich die prädisponirenden Krankheitsursachen, wie die der Skropheln und Phthisis, hauptsächlich auf Erblichkeit und Organisationsfehler zurückführen. Wenn sich, wie es zuweilen der Fall ist, die Krankheit in dem Körper eines Kindes entwickelt, welches nicht der Sprössling skrophulöser oder auf eine andere Weise geschwächter Eltern ist, so ist es unserer Meinung nach schwierig, und in der That unnöthig und nutzlos, zwischen prädisponirenden und exzitirenden Ursachen irgend einen Unterschied zu machen, da es in der That dieselben krankhaften Agentien sind, die sich nur in Hinsicht der Zeit und der grösseren oder geringeren Intensität ihrer verderblichen Wirkungen von einander zu unterscheiden scheinen. Wenn eine angeborene rhachitische oder skrophulöse Anlage besteht, so wird eine kürzere und minder heftige Einwirkung derjenigen Ursachen, welche gewöhnlich die Krankheit erzeugen, genügen, letztere schnell ins Leben treten zu lassen."

„Wenn hingegen eine solche Diathese oder natürliche Prädisposition nicht besteht, sondern wenn die Affektion, gleich einem isolirten Fall von Typhusfieber, die Folge äusserer Verhältnisse ist, so wird zur Hervorrufung der Krankheit im Allgemeinen eine länger andauernde und intensivere Einwirkung dieser krankmachenden Potenzen erforderlich sein."

„Dass Skrophulosis und Rhachitis ihrer Natur nach identische Krankheiten sind, die sich nur in Hinsicht ihrer Symptome und Form von einander unterscheiden, haben wir schon früher nachgewiesen und zweifeln nicht daran; dass ferner eine skrophulöse Diathese eines der Eltern, je nach den modifizirenden Verhältnissen, die Ursache einer ähnlichen Krankheit des Kindes (d. h. der Skropheln selbst oder der Rhachitis) werden kann, haben wir guten Grund anzunehmen. Dies hatte ich Gelegenheit in der Familie eines achtbaren Handwerkers kennen zu lernen. Der Vater war von gewöhnlicher Natur, kräftiger Konstitution, frei von jeder Art Schwäche oder Krankheit; die Mutter war fett und leukophlegmatisch, mit einer Neigung zu strumösen Affektionen der Lymphdrüsen, ohne dass aber wirkliche skrophulöse Geschwüre oder Anschwellungen vorhanden waren. Der eine Sohn, 13 Jahre alt, welcher Temperament und Konstitution des Vaters ererbt hatte, war robust und in jeder Hinsicht gesund; der zweite Sohn, 8 bis 10 Jahre alt, litt an einer starken *Diathesis scrophulosa*, grosser Schwäche, Auftreibung und Ulzeration der Submaxillardrüsen, so wie

der lymphatischen Drüsen zu beiden Seiten des Halses; eine 14jährige Tochter war geistig und körperlich zurückgeblieben, hatte einen dicken Kopf, aufgetriebenen Leib, krumme Arme und Beine, Deformität der Wirbelsäule und des Beckens, eine weiche, mehr kindliche Muskulatur, ein stupides, schlaffes Gesicht; kurz, sie bot ein unzweifelhaftes Beispiel der Rhachitis dar. Es könnte scheinen, als fehlte in rhachitischen Individuen die Kraft, die gehörige Menge animalischer Wärme zu erzeugen. Dies zwerghafte und entstellte Geschöpf konnte zwar unstät im Zimmer umherschwanken, sass aber in der Regel während des Herbstes und Winters in einer kauernden Stellung in der Nähe des Feuers, und je wärmer und heller dies war, um so aufgeweckter und belebter zeigte sich das Kind. In einer anderen Familie litt der Vater an einer skrophulösen Anschwellung und Ulzeration des Knöchelgelenks und der Fusswurzelknochen; ein Sohn, der fast das männliche Alter erreicht hatte, lag an einer skrophulösen Nekrose des unteren Drittheils des Oberschenkels und des mittleren Theils der Tibia danieder; eine 20jährige Tochter war gesund und kräftig, eine zweite, um einige Jahre jüngere Tochter war rhachitisch, und bot verschiedene Krümmungen und Deformitäten dar. Auch die Mutter hatte an skrophulösen Geschwülsten der Ovarien gelitten, in deren Folge sie gestorben war. — In einer medizinischen Kontroverse über vollkommene und unvollkommene Rhachitis, die ungefähr vor 90 Jahren zu Strassburg gehalten wurde, führte der berühmte Buchner den Fall eines Weibes aus der arbeitenden Klasse an, die an skrophulösen Affektionen litt und Mutter von 11 rhachitischen Kindern war, die alle von demselben Vater gezeugt, einem Manne, der sowohl vor als während seiner Ehe stets vollkommen gesund gewesen war. — Boerhave sagt in einem seiner Aphorismen, wo er von der Aetiologie der Rhachitis spricht: Diese Krankheit ist namentlich solchen Kindern verderblich, deren Eltern von schwacher, laxer Konstitution und zart gebaut sind, sich nicht anstrengen, im Luxus leben, wenig Brod essen, und viel warmes Wasser trinken, die durch chronische Krankheiten erschöpft sind, besonders aber durch geschlechtliche Ausschweifungen, Alter, und vorzugsweise durch frühere Tripper und syphilitische Affektionen, die in der Regel Schwäche und Kränklichkeit des Kindes zur Folge haben."

„Wenn auch, unserer Ansicht nach, eine solche pathologische Doktrin keine allgemeine Gültigkeit hat, so kann man doch nicht leugnen, dass wiederholte Anfälle von Gonorrhoe und lang anhaltender Nachtripper gewiss in nicht wenigen Fällen, namentlich bei Männern, eine bedeutende geistige Depression erzeugen, wodurch auch der ganze Körper temporär oder permanent in einem nicht unbeträchtlichen Grade geschwächt wird. Der Nachkomme eines an solcher Körperschwäche leidenden Individuums ist ohne Zweifel sehr zu Krankheiten geneigt, vor allen aber zur Skrophulosis in ihren verschiedensten Formen. Bei manchen Menschen, die an wiederholten Anfällen von Gonorrhoe mit dem Ausgange in sehr langwierigen Tripper gelitten haben, verliert das Haar seine Weichheit und gesundes Ansehen, wird trocken und fällt aus. Ich selbst habe zwei Fälle dieser eigenthümlichen Krankheit der Haare beobachtet, ein Symptom, das, meiner Meinung nach, ein tiefes konstitutionelles Leiden andeutet. In einem dieser Fälle fielen auch die Haare der Augenbrauen aus."

„Die Ursachen, denen man die Entstehung der Rhachitis im Allgemeinen zuzuschreiben pflegt, beruhen vorzugsweise in den Verhältnissen der Alimente, der Luft, der körperlichen Bewegungen, der Wohnung und Kleidung des Kindes; namentlich ist Feuchtigkeit, Dunst und Kälte anzuklagen."

In allen Fällen von Rhachitis, die der Verfasser, wie er sagt, zu beobachten Gelegenheit hatte, war seiner Behauptung nach die Nahrung der Kinder, die Muttermilch selbst, oder künstlich bereitete Kost, ungenügend und ungesund gewesen; die Wohnung in der Regel feucht, kalt, eng, mehr oder weniger dem Sonnenlichte entzogen; die physische Erziehung der Kinder war vernachlässigt; sie befanden sich nur selten in freier sonnenwarmer Luft, waren zuweilen nur kümmerlich bekleidet. Der Verfasser giebt jedoch zu, dass ausser der Kälte und Feuchtigkeit auch noch andere atmosphärische Zustände als Ursachen der Rhachitis in Anschlag kommen. So war z. B. die Krankheit eine Zeit hindurch in Halle ungemein häufig, und man schrieb dies dem sehr feuchten und ungesunden Zustande der Luft zu, die daselbst immer mit salinischen und karbonischen Exhalationen geschwängert ist. Gleich anderen Krankheiten, die einen endemischen Charakter haben, hat man auch der Rhachitis eine Kontagiosität vindiziren wollen, eine Ansicht, die indess in keiner einzigen Thatsache ihre Begründung findet und die auch der Verfasser zurückweist.

Was die nächste Ursache der Rhachitis betrifft, so lässt sich diese, wie der Verf. auch eingesteht, allerdings bis jetzt nicht mit Sicherheit angeben. Vermuthen kann man nur, dass der Krankheit eine fehlerhafte Blutmischung, die wieder auf einer Störung der Digestions- und Assimilationsorgane zu beruhen scheint, zu Grunde liegt, eine Ansicht, die auch schon Boerhave aussprach, und der sich van Swieten, Duverney, Buchner und Andere anschlossen, indem sie nachwiesen, dass das Blut rhachitischer Kinder arm und wässerig, und das Muskelfleisch sehr blass sei.

Vielleicht verdient hier bemerkt zu werden, dass Bonetus, Heister, Glisson und Andere bei rhachitischen Kindern die *Medulla oblongata* ungewöhnlich hart gefunden haben wollen, woraus sie schlossen, dass die Krankheit durch ein Hinderniss im Einströmen des Nervenfluidums (?) in das Rückenmark und somit in die Glieder bedingt werde.

Behandlung. Das Haupterforderniss zum glücklichen Erfolge der Kur ist natürlicher Weise, wenn es möglich ist, die Entfernung der erregenden Ursachen. Der Verf. hat sie und nicht mit Unrecht in

eine Störung der Assimilation und Nutrition gesetzt; wenn daher fieberhafte Regungen, verbunden mit gastrischen Symptomen und zunehmender Entkräftung, sich bei einem Säuglinge zeigen, so muss sogleich der Gesundheitszustand der Amme oder Mutter geprüft, die Milch derselben untersucht, und im Fall, dass man sie ungesund findet, jene sogleich mit einer gesunderen Amme vertauscht werden.

„Es sollte", sagt der Verf., „jedes Kind, mit sehr wenigen Ausnahmen, sobald es das Alter von 9 Monaten erreicht hat, allmälig entwöhnt werden, da die fernere Darreichung von nur flüssigen Nahrungsstoffen mehr Ursache einer lokalen Relaxation und Schwäche, als der erforderlichen Erregung der Digestionsorgane wird. In der That betrachten Manche, und wie ich glaube, nicht ohne Grund, das zu lange fortgesetzte Säugen mit als veranlassende Ursache der Rhachitis. Schon die Entwickelung der Zähne vom 7ten Monate an müsste uns dazu auffordern, die bisherige Nahrung des Kindes mit einer solideren zu vertauschen, wenn wir nicht überhaupt gewohnt wären, die Winke der Natur so oft nicht zu beachten."

In den ersten Stadien der Rhachitis, bei vorwaltenden febrilen Symptomen, hält der Verf. die auf das Lebersystem einwirkenden eröffnenden Mittel, Kalomel mit Rheum, eine Mixtur aus ***Infus. Sennae*** mit ***Natrum carbonicum,*** ferner ***Kali sulphuricum, Antimonialia,*** warme Bäder, die nach Umständen wiederholt in Gebrauch gezogen werden müssen, für nothwendig. Sind Symptome vorhanden, die einen Blutandrang nach dem Gehirn andeuten, so sollen kalte Fomentationen des Kopfes gemacht und Blutegel an Stirn, Schläfen, oder hinter die Ohren applizirt werden.

„Zur Zeit Glisson's", sagt der Verf., „wandte man in England das Skarifiziren der Ohren vielfach an, ohne welches Mittel man die Rhachitis nicht heilen zu können glaubte."

Sobald nun die dringenderen Erscheinungen verschwunden sind, und die Krankheit anfängt einen mehr chronischen Charakter anzunehmen, muss nach dem Verf. dem Kinde täglich eine angemessene Quantität gut bereiteter animalischer Kost gereicht werden. Auch der Wechsel des Aufenthalts ist dann sehr zu empfehlen. Es ist dringend nöthig, das Kind den Einwirkungen einer kalten, dumpfigen Atmosphäre zu entziehen, und es der freien Luft und Sonnenwärme auszusetzen; daher auf dem Festlande die Eltern ihre rhachitischen Kinder bei warmem Frühlingswetter auf kahlen Sandhügeln, die den Sonnenstrahlen recht ausgesetzt sind, herumklettern lassen. Ausser der Beobachtung dieser diätetischen Verordnungen hält es der Verf. für nöthig, den Darmkanal und die mit ihm verbundenen drüsigen Organe, namentlich die Leber, mittelst eröffnender Mittel, die man nach Um-

ständen täglich oder einen Tag um den andern anwendet, offen zu erhalten, auf welche man dann kleine Dosen von Eisenpräparaten, z. B. *Ferrum carbonic.*, *Tinct. Ferri muriat.*, *Vinum ferruginos.*, folgen lassen kann.

Es giebt einige Präparate des Eisens und anderer Mittel, die sich schon früh für die Behandlung der Rhachitis einen grossen Ruf erworben und bedeutende Autoritäten für sich haben. So führte z. B. Robert Boyle ein jetzt veraltetes Spezifikum unter dem Namen *Ens veneris* an (wahrscheinlich ein Perchlorid des Eisens), wodurch er 2 — 300 Kinder, ohne andere Mittel anzuwenden, geheilt haben will. Auch van Swieten und Benevoli rühmen dies Präparat. Der Erstere lobt aber ganz besonders die *Tinct. Ferri muriatici*, zu 3 — 4 Tropfen 3mal täglich mit etwas Wein gegeben.

III. Klinische Mittheilungen.

La Maternité in Paris. (Geburtshülfliche Klinik, von Paul Dubois.)

Ueber die Pflege, die ein neugeborenes Kind erfordert.

„Ehe ich, meine Herren! den Gegenstand, der uns beschäftigen soll, aufnehme, will ich Ihnen einige Worte über die eigenthümliche Organisation des Kindes gleich nach der Geburt mittheilen. Diese vorangeschickten Bemerkungen sollen dazu dienen, die Rathschläge, die ich Ihnen für die Folge ertheilen werde, zu rechtfertigen."

„Die gewöhnliche Grösse eines neugeborenen Kindes beträgt 50 bis 55 Centimeter. Die Verschiedenheiten in dieser Hinsicht sind nicht sehr beträchtlich, und wenn Sie im Allgemeinen ein Kind von weniger als 45 Centimeter (16 Zoll) Länge antreffen, so können Sie sicher sein, dass die Frau das Kind nicht bis zum gesetzlichen Termin ausgetragen hat. Was das Maximum betrifft, so kenne ich keinen Fall, wo die Länge des Körpers 62 Centimeter (22 Zoll) betragen hätte."

„Das Gewicht ist selten grösser als 3 Kilogrammen, und selten wiegt es weniger als zwei."

„Die Insertion der Nabelschnur befindet sich gewöhnlich den Füssen näher als dem Kopfe. Der Unterschied beträgt ungefähr einen

Zoll. Nahe an ihrer Insertionsstelle ist sie von einem Theile der Bauchwandungen bedeckt, indessen ist dieses Stück nicht merklich dicker als der übrige Rest. Beachten Sie diese Eigenthümlichkeit wohl, denn wenn Sie die Insertion sehr voluminös finden sollten, so hätten Sie Recht, diesen Umfang für krankhaft zu halten."

„Wenn Sie ein neugeborenes Kind einen Augenblick sich selbst überlassen, so nimmt es unmittelbar darauf die Stellung an, die es im Mutterleibe hatte, und nur die Kleidung giebt ihm die Lage, die es in der Folge beibehalten muss."

„Sie wissen, dass der Kopf verhältnissmässig zu den anderen Theilen des Körpers sehr gross ist; diese Grösse rührt von der Entwickelung des Theiles her, in dem das Gehirn liegt, denn das Gesicht ist sehr klein. Der Bauch ist ebenfalls sehr umfangreich; er ist besonders sehr breit in seinen oberen Theilen, deren Grenzen sich in die Basis des Thorax verlieren. Diese Bildung hängt von dem grossen Volumen der Leber ab, die in dieser Lebensepoche bis zum Nabel herabsteigt und sich sehr weit in das linke Hypochondrium hinein erstreckt. Diese scheinbar bedeutende Entwickelung der oberen Parthieen des Bauches rührt auch von der Kleinheit des Beckens und der unteren Extremitäten her."

„Die Oberfläche der Haut ist von einem talgartigen Ueberzug bedeckt, der besonders beträchtlich an der hinteren Seite des Rumpfes und an den äusseren Seiten jeder Extremität ist. Derselbe ist bisweilen grün gefärbt, was von einer geringeren oder grösseren Menge Mekonium herrührt, das vor oder während der Entbindung ausgetreten ist."

„Entfernen Sie diesen Ueberzug, so stossen Sie auf die zarte, dünne und mit einer sehr feinen Epidermis versehene Haut; sie ist von einer sehr lebhaften rosenrothen Farbe, die von der durch das Waschen und Reinigen des Kindes hervorgebrachten Reizung abhängt. Sie bemerken auch Haare, die bei manchen Kindern so entwickelt sind, dass sie wie kleine zottige Thiere aussehen. Diese Haare verschwinden bald, und ihr Vorhandensein braucht Ihnen keinesweges Besorgniss zu machen. Der Kopf und der Nacken sind mit gewöhnlich beim ersten Anblick ziemlich dunklen Haaren besetzt, weil sie beschmutzt sind. Sie sind zart wie Seide und nur temporär, wie die Federn kleiner Vögel und die ersten Haare junger Säugethiere. Die Färbung, die sie bei der Geburt haben, deutet nicht auf die hin, die sie später zeigen, und oft haben die Kinder, die mit sehr dunklen

Haaren zur Welt kommen, in der Folge braune und selbst ganz blonde. Diese Eigenthümlichkeit, so geringfügig sie auch im ersten Augenblicke erscheinen mag, kann indessen in manchen Fällen der gerichtlichen Medizin Vortheile darbieten. Ich habe die Gelegenheit gehabt, in einer Streitsache über Unterschiebung einer Geburt davon Gebrauch zu machen. Die Angeklagte gab die blonde Farbe der Haare an, um zu beweisen, dass das Kind nicht der Frau gehöre, die sich für seine Mutter ausgab, und die den Richtern erklärt hatte, ihr Kind wäre mit braunen Haaren zur Welt gekommen. Dieser Umstand hatte die Ueberzeugung der Richter sehr erschüttert, und zur Aufklärung dieses Punktes wurde ich um meine Meinung befragt."

„Zuweilen bemerken Sie auf der Haut, und besonders auf der Nase, kleine ziemlich entwickelte Follikel, die Sie für eine Deformität halten könnten, doch verkleinern sie sich mit der Zeit, und verschwinden zuletzt ganz."

„Die Sinne bei Neugeborenen bieten einige Besonderheiten dar, die man wohl kennen muss."

„Untersuchen Sie die Augen eines ganz jungen Kindes, so finden Sie alle Anzeichen einer vollkommenen Organisation, und man möchte versucht sein zu glauben, das Sehen gehe ganz gut von Statten. Betrachten Sie sie aber mit mehr Aufmerksamkeit, so können Sie sich überzeugen, dass die Bewegungen der Augäpfel etwas Unregelmässiges und Unsicheres haben, und dass keine Harmonie in der Richtung der beiden Sehaxen stattfindet, die Augen konvergiren oft, und man könnte geneigt sein, Strabismus anzunehmen. Noch mehr, diese Organe haben noch nicht den Grad der Durchsichtigkeit, der zur vollkommenen Erfüllung ihrer Funktion erforderlich ist. Dieser Mangel an Durchsichtigkeit verhindert selbst oft zu erkennen, wie die Iris gefärbt ist, und lässt die Pupille nicht gut unterscheiden. Wahrscheinlich hängt diese Erscheinung von einem Mangel an Klarheit der Augenflüssigkeiten und an Durchsichtigkeit der Krystalllinse selbst ab, die dann die Charaktere einer beginnenden Katarakt zeigt. Was muss man daraus folgern? Sieht das Kind, wenn es auf die Welt kömmt, oder sieht es nicht? Wenn Sie das Wort Sehen in seiner strengsten Bedeutung nehmen, oder mit anderen Worten, wenn Sie unter Sehen die Wahrnehmung der Gegenstände verstehen, so können Sie bestimmt behaupten, das Kind sieht nicht. Der Mangel der Durchsichtigkeit und die unbestimmten Bewegungen der Gesichtsorgane sind hinreichende Beweise dafür. Daraus folgt jedoch nicht, dass der Eindruck

des Lichts ohne Wirkung auf das Kind sei; das Bild der Gegenstände malt sich noch nicht in seinen Augen ab, aber es hat Bewusstsein von Tag und Nacht; es sucht das Licht, wenn es nicht lebhaft ist, und in seiner Wiege liegend richten sich die Augen nach dem Lichte, sie schliessen sich hingegen, wenn dasselbe zu grell ist. Doch dauert dieser Zustand nicht lange; die Organe gestalten sich bald so, wie sie für die Folge sein sollen, und nach sechs oder acht Tagen unterscheidet das Kind die Gegenstände, und giebt bald sichere Beweise davon. Die Konjunktiva wird bei kleinen Kindern durch äussere Einflüsse leicht affizirt, sie ist mit einem sehr entwickelten und schwachen Gefässnetz versehen, so dass man nach einer etwas in die Länge gezogenen Geburt oft Blutergüsse unter der Konjunktiva beobachtet, als Folgen einer Gefässzerreissung. Die Thränensekretion ist bedeutend in den ersten Augenblicken des Lebens, sie fliessen leicht, sind aber niemals das Resultat eines moralischen Einflusses, immer ist es eine physikalische Ursache, die sie hervorruft, wie ein zu lebhaftes Licht, oder jede andere direkt auf das Auge selbst übertragene Reizung; der Neugeborene giebt sein Ungemach durch Geschrei kund, aber er weint nicht."

„Das Geruchsorgan ist kleiner, enger, und nicht so gut eingerichtet, wie in der Folge. Ich möchte es nicht bestimmt behaupten, ob seine Funktionen von Statten gehen, oder ob sie nur in geringem Grade vorhanden sind. Wahrscheinlich ist dieser Sinn, wie das Gesicht, nur erst im Entstehen, die Gerüche wirken auf ihn ein, aber er perzipirt sie noch nicht."

„Die Nasenschleimhaut ist sehr empfindlich. Der Eindruck, den die atmosphärische Luft auf sie ausübt, genügt, um sie zu reizen, wie es das häufige Niesen, in den ersten Augenblicken nach der Geburt, beweist."

„Hört ein neugeborenes Kind? Diese Frage ist ziemlich schwer zu entscheiden. Burdach behauptet, das Gehör sei noch nicht vorhanden, doch empfinde das Kind schon eine Erschütterung durch sonore Wellen, da es bei einem plötzlichen Geräusche erbebt. Ich bin der Meinung, dass noch mehr als dies stattfinde und dass die Kinder mit dem Beginne des Lebens hören. So jung sie auch sein mögen, ein Geräusch erweckt sie, und in einem Saale, wo mehrere liegen, schreit niemals eines allein; sobald eines unter ihnen anfängt, folgen die anderen."

„Was den Geschmack anbetrifft, so glaubt Burdach, dass er

fehle. Die Gefühlseindrücke werden sehr wohl wahrgenommen, die Haut ist selbst von sehr grosser Sensibilität, die geringste Reibung reizt sie, und die Kinder merken sehr wohl, wenn sie beschmutzt sind; meistentheils wird ihr Geschrei hierdurch verursacht."

„Gleich nach der Geburt hat das Kind nur Instinkt, besonders ist das Saugen bemerkenswerth, doch verliert es sich mit der grössten Leichtigkeit, und hat man nur das Kind einige Tage hindurch mit dem Löffel trinken lassen, so hat man nachher viel Mühe, es zum Saugen zu bewegen. Die intellektuellen Fähigkeiten fehlen in den ersten Lebenswochen, entwickeln sich aber schnell. Schreit ein Kind und spielt man mit ihm, so sieht es bald ein, dass es nur zu schreien braucht, damit man sich mit ihm beschäftige; das zweite Mal wird es schreien, und sich, wenn man es aufnimmt, sogleich beruhigen."

„Die Zirkulation bei Neugeborenen ist von sehr beträchtlicher Ausdehnung, wegen der grossen Entwickelung des Kapillarsystems, das die ganze Dicke der Haut einnimmt und sie sehr spongiös macht. Sie haben einen augenscheinlichen Beweis davon, wenn Sie Blutegel anlegen, und wissen, wie schwer es bisweilen ist, die Blutung zu stillen. Zahlreiche und verschiedene Meinungen sind in Betreff der Thätigkeit der Zirkulation aufgestellt worden. Billard scheint mir die Zahl der Pulsschläge ungenau anzugeben, die Ansicht Trousseau's, auf neue Untersuchungen basirt, möchte ich kaum für gegründeter halten. Ich muss Ihnen mittheilen, dass die Zahl der Pulsschläge nicht immer bei einem und demselben Kinde sich gleich verhält; ausser den Bedingungen von Wachen und Schlaf, die auf den Puls Einfluss haben, bietet dieser noch Verschiedenheiten dar, je nach dem Alter des Kindes. Unmittelbar nach der Geburt hat das Kind nur 70 bis 80 Pulsschläge in der Minute; einige Augenblicke später nimmt ihre Zahl zu, und das Mittel liegt zwischen 124 und 130. Noch ein Umstand kann zum Irrthum führen, nämlich die bedeutende Unregelmässigkeit des Pulses bei Neugeborenen."

„In den ersten Lebensmomenten geht der Kreislauf sehr unvollkommen vor sich. Noch nicht alles Blut zirkulirt durch die Lungen, ein Theil fliesst noch durch das *Foramen ovale*, und der *Ductus arteriosus Botalli* führt einen anderen in die Aorta; erst acht, zehn, zwölf Tage nach der Geburt geht die Zirkulation so wie bei Erwachsenen von Statten."

„Vergleichen Sie die Wärme eines neugeborenen Kindes mit der eines Erwachsenen, so werden Sie finden, dass sie beim Kinde geringer

oft unruhig ist; Sie werden geringe Bewegungen bemerken, einige Verziehungen des Gesichts und eine Art von Lächeln um die Lippen."

„Der Schlaf ist fast der normale Zustand des Kindes; im Beginn seines Lebens verschläft es zwei Drittheile desselben."

„Das Geschrei, welches sogleich nach der Geburt stattfindet, wird fast immer durch den Einfluss äusserer Agentien hervorgerufen; man kann es dem Eintritt der Luft in die Lungen zuschreiben, der Einwirkung derselben auf die Haut, der des Lichtes auf die Augen und fremder Körper überhaupt auf den des Kindes. Der Klang desselben ist nach der Kraft des Kindes verschieden; es wird gewöhnlich, wenigstens bei jungen Kindern, während der Exspiration erzeugt; erst später nimmt die Inspiration Theil daran, und dann beobachtet man das, was Billard mit dem Namen Nachschrei (*reprise*) bezeichnet. Ein langgezogenes Geschrei ist immer das Zeichen irgend eines Leidens, welches aber schwer aufzufinden ist; doch dürfen Sie nie vergessen, die Ursache in der unvollkommenen Digestion zu suchen. Sie müssen daher die Ausleerungen der Kinder untersuchen lassen, und werden oft grüne Massen finden, welche beweisen, dass die Digestion gestört ist, oder weissliche, die gleichsam Milchklümpchen enthalten, ein unzweifelhaftes Zeichen, dass diese Flüssigkeit nicht gut verdaut worden."

„Ist das Kind aus den Geschlechtstheilen ausgestossen, und hat man es auf gehörige Weise zwischen den Schenkeln der Mutter gelagert, so fragt sich, ob man sogleich die Nabelschnur unterbinden soll oder nicht. Einige Geburtshelfer, unter anderen Denman, meinen, man müsse warten, bis man keine Pulsationen mehr wahrnehme; sie sind der Meinung, diese Pulsationen, die einige Augenblicke nach der Geburt noch andauern, beweisen, dass eine Art von Uebergang zwischen dem fötalen Blutkreislauf und dem des Extrauterinlebens stattfinde, den man nicht stören dürfe. Es ist wahr, dass einige Pulsationen in der Nabelarterie noch nach der Geburt wahrgenommen werden; sollte dies aber eine positive Indikation zu dem oben gegebenen Vorschlage sein? Ich kenne keine genauen Untersuchungen über diesen Punkt, und folglich sind wir in Zweifel darüber. Alles was wir anführen können, und was gegen diese Art von Uebergang zu sprechen scheint, ist, dass wenn man die Zirkulation durch Unterbindung der Nabelschnur aufhebt, man dennoch noch einige Pulsschläge beobachtet. Indessen sind wir gewohnt, einige Augenblicke, ehe wir unterbinden, zu warten."

„Diese Ligatur muss ziemlich fest zusammengezogen werden,

besonders bei einer sehr dicken Nabelschnur mit viel sulziger Masse; denn indem diese nach der Geburt verdunstet, kann die Ligatur zu lose werden, wenn sie nicht gut angelegt ist. In Bezug auf die Stelle, wo man abschneidet, wollen Einige, dass man nur ein kleines Stück zurücklasse, besonders bei Kindern, die mit der Amme gleich eine Reise machen müssen, und zwar um die Zerrungen, die stattfinden könnten, zu vermeiden; Andere meinen, dass das Verfahren zuweilen eine Entzündung der Nabelgefässe hervorruft. Ich glaube aber nicht, dass dieselbe, wenn sie eintritt, als von der Ligatur abhängig erwiesen werden könne. Ein Zwischenraum von 3 Finger Breite zwischen der Schnittfläche und der Insertion der Nabelschnur ist in allen Fällen hinreichend."

„Oft ist es schwer, die *Vernix caseosa* zu entfernen; nicht immer reichen Sie mit lauem Wasser aus, dann müssen Sie sich eines fetten Körpers, etwas lauwarmen Oels oder noch besser eines Eigelbs bedienen, das vollkommen diesen Zweck erfüllen wird."

„Jedermann kennt die Rathschläge einiger Theoretiker, welche wollen, dass man sich des kalten Wassers zur ersten Waschung des Kindes bediene. Diese Weise ist nichts weniger als physiologisch, und die Untersuchungen Edward's und Villermé's über die Wärmeerzeugung bei Kindern zeigen hinlänglich, wie schädlich sie werden kann."

„Die Anwendung der Bäder in den ersten Lebenstagen hat nicht nur nichts Nachtheiliges, sondern gewährt auch grossen Vortheil, sei es nur, um die kleinen Kinder an die Bäder zu gewöhnen, die so oft in Krankheiten nöthig sind, und für welche sie einen solchen Widerwillen, eine solche Furcht haben, dass sie beim Anblick des Wassers zittern."

„Die Kleidung der Neugeborenen muss uns zu einigen Betrachtungen auffordern. Sie dürfen diesen Punkt nicht vernachlässigen, wiewohl einige Geburtshelfer behaupten, die Wärterinnen und Hebammen hätten sich darum zu bekümmern. Ich glaube im Gegentheil, dass es ein Gegenstand ist, über den der Arzt manchen nützlichen Rath ertheilen kann, und die Kenntniss der geringsten Kleinigkeiten ist von grosser Wichtigkeit, weil in der Praxis sie sich öfter als die aussergewöhnlichen Dinge darbieten."

„Die Eigenthümlichkeiten der Organisation, wie wir sie eben durchgenommen haben, finden ihre Anwendung bei der Kleidung des Kindes. Sie müssen daran denken, dass die Haut sehr zart, sehr empfänglich ist, und sehr leicht durch einen harten, groben Körper

gereizt wird. Sie dürfen nicht vergessen, dass wichtige Veränderungen in der Respiration und Zirkulation vorgehen müssen, und dass diese beiden Funktionen keinesweges durch die Bekleidung des Kindes behindert werden dürfen. Dieselbe muss biegsam, fein und zart bei der Berührung, und weit genug sein, um die Bewegungen des Kindes nicht zu behindern. Sie müssen auch in Betracht ziehen, dass die Kinder oft durch Urin und Fäkalmaterie beschmutzt werden, und dass es vortheilhaft ist, die Kleidung so anzulegen, dass ein Theil derselben, der die untere Hälfte des Körpers bedeckt, leicht gewechselt werden könne, ohne dass man nöthig habe, die Kleidung vollständig zu wechseln; Sie müssen ferner bedenken, dass noch ein Stück der Nabelschnur vorhanden ist, und endlich die Jahreszeit berücksichtigen und die Wärme der Kleidung der herrschenden Temperatur anpassen."

„Gewöhnlich bedient man sich zur Bedeckung des Kopfes eines Kinderhäubchens von feiner Leinwand, über welche man eine wollene Mütze setzt, die man dann mit einer kleinen weissen oder farbigen Mütze bedeckt. Es wäre gut, die durch die Gewohnheit geheiligten Missbräuche abzuschaffen. Der Kopf ist auf diese Weise zu bedeckt, und die Thätigkeit, mit welcher die Zirkulation in diesem Körpertheile geschieht, muss dazu auffordern, ihn nicht einer zu grossen Wärme auszusetzen. Eine einzige, etwas dicke (?) Mütze genügt also; sie kann selbst von Wolle sein, wenn man will. Das Vorurtheil, dass die Wolle, unmittelbar auf den Kopf applizirt, die Haare verderbe, ist keinesweges gegründet."

„Die zur Bedeckung der Brust bestimmten Kleidungstücke bestehen gewöhnlich aus einem kleinen, ziemlich kurzen Hemdchen, damit es nicht durch die Exkremente beschmutzt werde, und weit genug, um die Bewegungen der Brustwände nicht zu stören. Ueber dieses Hemdchen kömmt ein Jäckchen von Wolle oder Baumwolle, und endlich ein kleines Tuch, welches den Hals bedeckt. Diese Kleidungstücke werden auf dem Rücken zugebunden, und das ist der einzige Vorwurf, den man ihnen mit Recht machen kann. Es ist in der That sehr unbequem, ein so angekleidetes Kind zu entkleiden; man kann es nicht untersuchen, ohne es zu stören, und oft ist es von Wichtigkeit, dies während des Schlafes und ohne es zu erwecken ausführen zu können. Es wäre daher viel besser, das Hemdchen und Jäckchen so einzurichten, dass sie vorn auf der Brust befestigt werden, dies muss durch Knöpfe oder Bänder geschehen, und niemals durch Nadeln."

„Die Bekleidung des Unterleibs besteht erstens aus einem Stücke gespaltener und zur Aufnahme der Nabelschnur bestimmter Leinwand. Dasselbe muss fein und mit Fett bestrichen sein; man schlägt es über die Nabelschnur herüber, die man dann auf eine oder die andere Seite des Bauches legt. Darüber applizirt man eine Binde, die nach einem ziemlich verbreiteten Vorurtheil bestimmt ist, die Festigkeit der Bauchwandungen zu erhöhen; aber diese brauchen nicht gestützt zu werden, denn bei wohlgebauten Kindern ist der *Annulus umbilicalis* bei der Geburt nicht mehr vorhanden. Zu diesem Zwecke würde die Binde sehr oft unnütz sein; in anderen Fällen, bei einer H[illegible]e z. B., wäre sie nicht ausreichend. Sie dient daher nur zum Schutze der Nabelschnur."

„Ist letztere so verbunden, so wickelt man das Kind in eine Windel ein; dieselbe muss fein und weich sein. In unseren Anstalten, wo in Betreff dieser Dinge noch viel zu wünschen übrig bleibt, sehen wir oft papulöse Ausschläge auf den Schenkeln entstehen, die bei Kindern sehr leicht sich bilden. Man ist gewohnt, diese Windel so zu falten, dass jeder Unterschenkel allein eingewickelt, und das Ganze dann mit einer wollenen Decke, die drei Viertheile des Körpers bedeckt, befestigt wird; doch ist diese Art des Ankleidens fehlerhaft, man beobachtet nicht selten Exkoriationen an den Knöcheln, die von dem Drucke und den Reibungen der Windel herrührt; es wäre viel besser, dieselbe in ein Dreieck zu legen und die Spitze über den Bauch zurückzuführen, indem man die Schenkel frei lässt; so würde man die Bewegungen des Kindes nicht beeinträchtigen, hätte ausserdem den Vortheil, die Dicke der Windel zu vermehren, die nicht so leicht von Urin und den Exkrementen durchdrungen würde; kleine gestrickte wollene Socken könnten zum Schutze der Füsse gegen die Kälte angewandt werden."

„In manchen Ländern, besonders im Süden, bedient man sich noch einer Art Rollbinde, die das Kind von den Füssen bis zum Halse ganz und gar einhüllt. Ehemals und selbst noch heute wendet man an einigen Orten eine Schnürbinde an mittelst kleiner Ringe an beiden Enden, die aber nicht nachzuahmen ist."

„Unser Vaterland scheint heutigen Tages eine gewisse Neigung für die Aneignung der Gewohnheiten fremder Länder zu haben, und man wird oft von Familien um Rath gefragt, ob die Art, wie die Neugeborenen in England gekleidet werden, vortheilhaft ist. Dort sind die Kleidungstücke nicht so eingerichtet, dass ein Theil gewechselt

werden kann, ohne dass man nöthig hätte, Alles zu wechseln; dies ist schon ein Nachtheil, und dann lässt man den Kindern in England die Hände und Arme unbedeckt. Diese Gewohnheit würden wir nicht ohne schlimme Folgen nachahmen können; man führt dagegen an, dass in England die Kinder sehr gut gedeihen, man vergisst aber, dass das englische Volk viel kräftiger als das unsrige ist, und folglich die englischen Kinder das ertragen können, was für die unsrigen nicht ohne Gefahr sein würde, und übrigens geschehen die Temperaturveränderungen bei unseren Nachbarn weder so plötzlich (?) noch so häufig (?), wie in unserem Klima."

„Der Gebrauch, die Kinder zu wiegen, beginnt heutigen Tages allmälig abzukommen; man schrieb demselben die Begünstigung von Gehirnkongestionen zu; wenn es sich auch wirklich nicht so verhält, so hat es doch wenigstens den grossen Nachtheil, die Kinder daran zu gewöhnen, dass man sich unaufhörlich mit ihnen beschäftigt, und dass sie nicht, ohne gewiegt zu werden, einschlafen können; deshalb ist es vorzuziehen, sie in ein gewöhnliches Bett zu legen. Dasselbe muss dem Lichte zugekehrt sein, doch so, dass das Kind nicht durch ein zu lebhaftes Licht beschwert werde, und um es davor zu schützen, muss man die Helle durch Vorhänge mildern."

„Mit Recht ist man besorgt um die ersten Stuhlausleerungen. Die Zurückhaltung des Mekonium kann viel Nachtheil haben, und wenn seine Entleerung zu lange dauert, so muss man sie durch Injektion einer kleinen Menge lauwarmen Wassers in den Mastdarm zu bewirken suchen. Dies Klystier bringt immer seine Wirkung hervor, und ist der Verordnung von ***Syr. Rhei*** und besonders von ***Ol. Ricini*** vorzuziehen, welches letztere gewöhnlich, zumal in England, angewandt wird. Man könnte auch etwas Zuckerwasser gestatten, welches gewöhnlich hinreicht, um einige Ausleerungen zu bewirken. Stellen sich dieselben nicht ein, so müssen Sie untersuchen, ob nicht ein Bildungsfehler vorhanden ist. Hier handelt es sich um die Untersuchung der inneren Organe, da die äusseren Theile schon gleich nach der Geburt untersucht werden. Es ist von hoher Bedeutung, einen solchen angeborenen Fehler, ehe das Kind dadurch leidet, zu entdecken; denn wenn die Kunst ihn beseitigen kann, so ist viel weniger ein glücklicher Ausgang zu erwarten, wenn sich schon bei einer Imperforation oder Mangel des Rektum konsekutive Zufälle eingestellt haben."

„Eine Frage, der man mit Recht eine grosse Wichtigkeit beilegt,

und die dem Geburtshelfer oft zur Beantwortung vorgelegt wird, ist, zu wissen, wann das Kind ausgetragen werden kann. Die Entscheidung hängt von der Jahreszeit und der Temperatur ab. Gewöhnlich kann man es nach sieben oder acht Tagen bei warmem Wetter, aber viel später bei kaltem austragen lassen, nur muss man grosse Vorsichtsmaassregeln anwenden, um das Kind vor der zu starken Einwirkung der Luft und des Lichtes zu schützen, und es erst allmälig sich an die Luft gewöhnen lassen."

IV. Das Wissenswertheste aus den neuesten Zeitschriften und Werken.

1. Fall von Cyanosis, von einer Transposition der Aorta und Pulmonar-Arterie abhängig, von Dr. Walshe.

W. sah das Kind, männlichen Geschlechts, 10 Monate alt, dessen Geschichte er hier beschreibt, zuerst in einem Paroxysmus von Konvulsionen, die häufig, aber nicht periodisch wiederkehrten; es war sehr abgemagert. Die Haut war von tief-grauer Färbung, besonders an den Zehen und Enden der Finger; das Gesicht war kalt und das Kind schien an Frost zu leiden. Die graue Färbung des Gesichts war allgemein, besonders aber stark an der Oberlippe und den beiden inneren Augenwinkeln, keine besondere Pulsation an diesen Stellen. Das Kind drehte die Arme beständig hin und her, und war sehr unruhig; die Augen schienen hervorgedrängt und der Blick war stier; die Respiration sehr beschleunigt und etwas keuchend; der Puls machte zwischen 120 und 130 Schläge, kein abnormes Geräusch war in der Herzgegend oder im Verlaufe der grossen Gefässe hörbar, die Herzthätigkeit tumultuarisch, der Impuls stark und weit verbreitet. In einem der konvulsivischen Anfälle starb das Kind zwei Tage darauf, nachdem sich noch Diarrhoe und ein Katarrh der Lungen eingestellt hatten.

Bei der Sektion fand sich ungefähr eine halbe Unze farbloser Flüssigkeit im Herzbeutel. Das Herz nahm seine normale Lage in der Brusthöhle ein, seine Oberfläche war bläulich gefärbt durch die Anfüllung der grossen und kleinen Gefässe mit Blut; die durch die Anhäufung von Blutkoagula in den Hohlvenen und im rechten Vorhof

ein wenig nach links gedrehte Spitze ward vom unteren Theile des rechten anstatt des linken Ventrikels gebildet. Die rechte Hälfte des Organs lag vor der linken. Die Aorta entsprang aus dem rechten Ventrikel und bedeckte etwas die Pulmonar-Arterie, die aus dem linken Ventrikel hervorkam; zwischen beiden Gefässen fand, mit Ausnahme des *Ductus arteriosus*, keine Kommunikation statt. Die Aorta enthielt eine grosse Menge von schwarzem geronnenen Blute, mit einigen Streifen von Faserstoff vermischt, ihre innere Haut war ungefärbt und gesund. Vom oberen Rande des Arkus gingen die beiden *Art. subclaviae* und die beiden Karotiden aus; die beiden Koronar-Arterien entsprangen wie gewöhnlich unmittelbar über den halbmondförmigen Klappen, diese waren, wie die der *Art. pulmonalis*, in der normalen Zahl vorhanden, glatt, durchsichtig und gesund. Der *Ductus arteriosus*, offen und weit genug, um mit Leichtigkeit eine dicke Sonde hindurch zu lassen, entsprang vom hinteren Rande der *Art. pulmonalis*, ungefähr 1½ Zoll oberhalb des Ursprungs derselben. Die Oeffnung in der Aorta war von ovaler Gestalt, und befand sich genau der Ursprungsstelle der linken *Art. subclavia* gegenüber. Die Wandungen des *Ductus arteriosus* waren etwas verdickt, steif und verhärtet (die beginnende Umwandlung in das ligamentöse Gewebe). Der rechte Vorhof enthielt eine bedeutende Menge von schwarzem geronnenen Blute, welches aus den Hohlvenen kam, die wie gewöhnlich in seine hintere Wand einmündeten. Die Wandungen des linken Vorhofs waren fast membranartig, kaum einige Muskelbündel waren bemerkbar, dem Anscheine nach konnte seine Grösse ungefähr ein Drittel von der des rechten betragen; er nahm die vier Lungenvenen auf dem gewöhnlichen Wege auf. Das *Foramen ovale* im Septum der Atrien war vollständig geöffnet, von ovaler Form, sein grösster Durchmesser ging von oben nach unten. Der vordere Rand war klappenartig, mondförmig, dick, fest, und hatte ein dunkles, weissliches Aussehen unter dem Endokardium; der hintere war dünner und schärfer. Es befand sich noch eine andere, aber kleinere Oeffnung im Septum, die einer dünnen Sonde den Durchgang gestattete. Der rechte Ventrikel war mit sehr dicken Fleischbalken, zumal von ungewöhnlicher Grösse, versehen, das Endokardium gesund, das *Orificium auriculo-ventriculare* frei, von der *Valvula mitralis* umgeben, die glatt, durchsichtig und dünn war. Im linken Ventrikel fanden sich kaum einige Fleischbalken, alle waren sehr wenig entwickelt, das Endokardium gesund, das *Orificium auriculo-ventriculare* frei und mit der

gesunden Trikuspidalklappe, deren einer Theil sehr klein war, versehen. Die Scheidewand der Ventrikel war nicht durchbohrt.

In den Lungen fand sich venöse Blutüberfüllung, auch die Leber war mit flüssigem Blute angefüllt, die *Vena umbilicalis* geschlossen, der *Ductus venosus* zeigte einen Blutfleck im Zentrum, Milz und Nieren ebenfalls im Zustande der Kongestion, die *V. cava inferior* ungeheuer ausgedehnt. Die Kopfhöhle wurde nicht geöffnet.

Dr. W. zieht aus diesem Falle und anderen ähnlichen, die mitgetheilt worden, folgende Schlüsse:

1) Die Transposition der beiden arteriellen Stämme ist mit einer gleichen der Ventrikel verbunden. Der rechte Ventrikel zeigte die charakteristische Muskulatur des linken, der linke die normalen dünnen Wände des rechten. Dass dies nicht blos von der den Ventrikeln zukommenden funktionellen Thätigkeit abhängig war, ergiebt sich aus der Vertauschung der Klappen; der rechte war mit der *Valvula mitralis* des linken, und der linke mit der *Valvula tricuspidalis* des rechten versehen. Sogar die Lage der Ventrikel, sowohl in Bezug zu einander als im Allgemeinen zur Brusthöhle, war verändert; die Fläche des rechten lag vor der des linken, und sein unteres Ende bildete die Spitze des Herzens. Die Aorta bedeckte ferner ein wenig die *Art. pulmonalis* bei ihrem Austritt.

2) Im Aorten-System zirkulirte beständig schwarzes Blut, mit Ausnahme der sehr geringen Menge von rothem, welche aus der *Art. pulmonalis* durch den *Ductus arteriosus* hinzugeführt wurde.

3) In der *Art. pulmonalis* zirkulirte fortwährend hellrothes Blut, mit Ausnahme der geringen Menge von schwarzem, welche durch das *Foramen ovale* von dem rechten in den linken Ventrikel übergegangen sein kann.

4) Das Herz war hypertrophisch.

5) Die Eingeweide im Allgemeinen waren viel grösser, als bei normal gebildeten Individuen desselben Alters, wiewohl, mit Ausnahme der Leber, weicher als gewöhnlich; das Muskel- und Fettgewebe war schlecht genährt, doch nicht in sehr bedeutendem Grade.

6) Hieraus folgt, dass das Muskelsystem und die Eingeweide gut genährt sein können, ohne bedeutende Abweichung vom normalen Zustande, durch Blut, was nur sehr wenig oxydirt ist. Mit anderen Worten, ein Individuum kann leben und erhalten werden in einem Zustande von partieller Asphyxie, wenn dieselbe von der Geburt an bestanden hat.

7) Da nun das Blut in dem Theile der Aorta, der sich zwischen der Oeffnung des *Ductus arteriosus* und dem Herzen befindet, vollkommen venös war, und die Koronararterien in der gewöhnlichen Weise über den Semilunarklappen aus der Aorta entsprangen, so folgt, dass die Ernährung des Herzens durch nicht oxydirtes Blut geschehen musste. Tiedemann hat gemeint, dass in dem von ihm beobachteten Falle die Bronchialarterien die partielle Umwandlung des Blutes in arterielles vermittelten. Sie waren in seinem Falle ungewöhnlich gross, und er vermuthet, dass die entsprechenden Venen arterielles Blut zu der *Vena cava* und rechten Seite des Herzens zurückführten, von wo sich dasselbe durch die Aorta und die Koronararterien zu der Substanz des letzteren begab. Zugegeben, dass dies richtig sei (wiewohl ich mich nicht dazu verstehen kann, anzunehmen, dass die Bildung von arteriellem Blut in den Bronchialarterien vor sich gehe), so muss die Menge des rothen Blutes, welche zu den Geweben des Herzens gelangte, so gering gewesen sein, dass diese Annahme kaum irgend eine Veränderung in dem Zustande des Falles hervorbringt.

8) In dem gegenwärtigen Falle, und in noch drei anderen, in deren Beschreibung dieses Punktes besonders Erwähnung gethan worden, öffneten sich die Lungen- und Hohlvenen respektive in den linken und rechten Vorhof, wie im normalen Zustande; es kann aus dem Vorhandensein von Cyanosis geschlossen werden, dass dies auch in anderen mitgetheilten Fällen sich so verhielt.

9) Diese Missbildung verbindet sich gern mit anderen, wie Offenbleiben des *Foramen ovale* und Unwegsamkeit des *Ductus arteriosus*. Die Art des Ursprungs der Stämme für die Arme und den Kopf aus dem *Arcus aortae* war in zwei von den vier Fällen, wo dies besonders angeführt wird, ebenfalls unregelmässig; in dem Falle von Baillie waren nur zwei, in dem unsrigen vier vorhanden.

10) Das Verschlossensein des *Ductus arteriosus*, welches unter anderen Umständen eine Vermischung des schwarzen Blutes mit dem allgemeinen rothen Kreislauf hätte veranlassen müssen, hat, wo die hier stattfindende Missbildung sich zeigt, die entgegengesetzte Wirkung.

11) Die verschiedene Weite der beiden *Orificia auriculo-ventricularia* in diesem Falle zeigte sich eben so wie im normalen Zustande; nämlich das rechte Orifizium ist weiter als das linke, und die *Art. pulmonalis* übertraf an ihrem Austritt die Aorta an Weite, wie bei natürlich gebildeten Herzen. Daher hatten in Betreff der relativen Weite die *Orificia auriculo-ventricularia* keine Transposition er-

litten, während dies bei den arteriellen Oeffnungen der Fall war; mit anderen Worten: während die beiden Oeffnungen respektive von grösserem und geringerem Umfange sind im normalen Zustande auf derselben Seite des Herzens, befand sich in dem mitgetheilten Falle nur eine kleine und eine grosse auf jeder Seite.

12) Die Wirkung davon auf die Zirkulation musste die sein, dass, im Verhältniss zu der in den rechten Vorhof aufgenommenen Blutmasse, eine geringere Quantität von schwarzem Blute bei jeder Systole in die Aorta getrieben wurde, als im normalen Zustande, und dass eine grössere Menge von arteriellem Blut bei jeder Systole in die *Art. pulmonalis* floss, die nicht mit der in den entsprechenden Ventrikel aufgenommenen, wie gewöhnlich, im Verhältniss stand.

13) Die Veränderungen in den Lungen, das vesikuläre und interlobuläre Emphysem mussten durch die suffokativen Anfälle hervorgebracht sein, und diese waren höchst wahrscheinlich der ursprüngliche Anlass zum Emphysem, besonders zum interlobulären.

14) Zu den gewöhnlichen bei Cyanosis vorkommenden Symptomen, Mangel an Wärme, Dyspnoe und suffokativen Anfällen, kömmt noch eine mehr oder weniger habituelle Diarrhoe, woran die drei Kinder, die einige Zeit lebten, und die von Langstaff, Farre und mir beobachtet worden sind, litten.

15) In sieben Fällen, worunter ein so gebildeter Fötus todtgeboren wurde, war die Lebensdauer folgende: In einem Falle von Baillie über zwei Monate, in dem von Langstaff zehn Wochen, in dem von Farre fünf Monate, das Kind starb an Variola, in einem von Tiedemann zwölf Tage, in einem von Dugès vier oder fünf Tage, zehn Wochen in einem von Martin, und zehn Monate in dem hier beschriebenen.

16) Die Leber war bedeutend vergrössert; war dies eine Folge davon, dass sie eine grössere Menge venöses Blut als im physiologischen Zustande zu dekarbonisiren hatte, und sie so einigermaassen die Oxygenation in den Lungen übernehmen musste?

17) Die Abnahme der intensiven blauen Färbung gewisser Theile nach dem Tode zeigt von selbst, dass diese Färbung von der Zirkulation des schwarzen Blutes in den Arterien abhängig war.

Es mag noch bemerkt werden, dass die Aorta schwarzes, halb koagulirtes Blut enthielt, dass die Obduktion erst 35 Stunden nach dem Tode stattfand, und das Wetter um diese Zeit warm und feucht war; dennoch fand keine Entfärbung der inneren Membran dieser

Gefässe statt. Dieser Fall spricht augenscheinlich für die von Louis in Hinsicht der Flecke auf der Aorta aufgestellte Meinung, nämlich, dass dieser anatomische Zustand eine bis jetzt nicht bestätigte Veränderung der Arterienhäute oder des Blutes zu seiner Entstehung erfordere, verbunden mit den in dem hier beschriebenen Falle vorhandenen physikalischen Bedingungen. (*Dublin Journal.*)

---

2. Ueber akute Ulzeration des Duodenum bei Verbrennungen, vorzugsweise bei Kindern.

Schon früher, berichtet Dr. Curling, wurde von einigen Autoren mitgetheilt, dass bei heftigen Verbrennungen der Haut sich Geschwüre im Duodenum vorfinden, und zwar soll dies häufiger bei Kindern als bei Erwachsenen vorkommen. Die Fälle, die er anführt, sind ein neuer Beweis dafür, und fordern um so mehr auf, fernere Untersuchungen über dieser Zusammentreffen anzustellen, das, wenn es sich bestätigen sollte, von grossem Interesse für die Pathologie sein würde.

Wir heben aus den zwölf mitgetheilten Beispielen die wichtigsten heraus.

Ein Mädchen von 11 Jahren wurde am 9. Mai 1841 ins London-Hospital mit einer heftigen Verbrennung der Brust und beider Arme gebracht, deren Haut in weiter Verbreitung zerstört war. Ihr Zustand war bis zum 27sten anscheinend erträglich, als eine profuse Hämatemesis eintrat, welche sich darauf mehrere Male wiederholte, mit blutigem Stuhlgang verbunden war, und trotz aller angewandten Mittel in funfzehn Stunden nach ihrem ersten Auftreten den Tod herbeiführte.

Bei der Sektion fand man im Duodenum, einen Zoll vom Pylorus entfernt, ein rundes Geschwür von nahe einem halben Zoll im Durchmesser, seine Ränder waren etwas erhaben, es hatte sich durch alle Häute des Darms verbreitet; der Grund wurde von der drüsigen Substanz des Pankreas gebildet, welches an dieser Stelle mit dem Duodenum genau vereinigt war. Die Oeffnung eines bedeutenden Gefässes konnte deutlich an der Basis des Geschwürs wahrgenommen werden, anscheinend auf der Oberfläche des Pankreas. Es war kein anderes Leiden des Darmkanals vorhanden; doch enthielt er eine grosse Menge von schwarz gefärbtem, mit den Fäces vermischtem Blute.

Ein zartes Kind, weiblichen Geschlechts, 4 Jahre alt, hatte eine bedeutende Verbrennung am Halse, an der Brust und beiden Armen erlitten. Der Fall wurde auf die gewöhnliche Weise behandelt, doch nach vierzehn Tagen trat, nach vorausgegangenen Kopfschmerzen und Schmerzen im Unterleib, Erbrechen von ungefähr einer halben Pinte Blut ein, und darauf verlor das Kind noch mehrere Male Blut beim Stuhlgang bis zum Tode, der am folgenden Tage nach einem konvulsivischen Anfalle erfolgte. Ein einziges grosses Geschwür fand sich an der hinteren Wand des Duodenum, wo dasselbe vor dem Kopfe des Pankreas vorbeigeht. Dasselbe war von unregelmässiger Gestalt und hatte an seiner breitesten Stelle ¾ Zoll im Durchmesser. Es hatte alle Häute des Darms zerstört, so dass sein Grund vom Pankreas gebildet wurde. Die Verbindung des Geschwürsrandes mit der Drüse war so schwach, dass bei Zerstörung der Theile während ihrer Entfernung der Geschwürsrand sich loslöste und ein Theil der Kontenta des Duodenum in die Bauchhöhle sich ergoss. Die Ränder des Geschwürs waren glatt und erhaben. Ein grosses Blutgefäss sah man deutlich über den Geschwürsgrund in queerer Richtung hinweglaufen. Der vordere Theil seiner Wandungen war zerstört, so dass der zurückbleibende einen Kanal bildete, welcher in der Nähe der Geschwürränder offen endete.

Curling ist der Ansicht, dass dieses Leiden des Duodenum bei Verbrennungen von einer einer eigenthümlichen Sympathie zwischen den Brunnerschen Drüsen und der Haut abhängig ist. Er erklärt dies auf folgende Weise:

„Das Duodeum ist mit besonderen Drüsen versehen, den wahren Brunnerschen Drüsen, welche in diesem Theil des Darmkanals in grosser Menge vorhanden sind, und obgleich ihre Funktion und der Nutzen ihrer Sekretion noch nicht genau bekannt ist, so beweist doch ihr Sitz und ihre grosse Anzahl, dass sie fähig sind, eine bedeutende Menge Flüssigkeit zu ergiessen, und dass ihre Funktionen im Organismus keineswegs unwichtig sind. Es ist nun aber selten, dass die Sekretion eines Organs plötzlich unterdrückt werden kann, ohne nachtheilige Folgen, und wenn man die Wichtigkeit der Hautsekretion und den Zusammenhang ihres Gewebes mit der Schleimhaut des Nahrungskanals berücksichtigt, so können wir kaum darüber in Erstaunen gerathen, dass die Drüsen des Duodenum sympathisch durch eine gesteigerte Thätigkeit die unterdrückte Exhalation durch die Haut kompen-

siren, und dass die hierdurch erzeugte Reizung oft Entzündung und Ulzeration zur Folge hat."

Wenn wir Cruveilhier Glauben schenken wollen, so gleichen die Brunnerschen Drüsen den Drüsen der Lippen und den Speicheldrüsen der Mundhöhle. Curling giebt aber keine genügende Beweise für seine Theorie. Kongestion der Schleimhaut ist wahrscheinlich die wahre Ursache des Uebels. Wie dem auch sei, man sollte auf das Hinzutreten des Duodenal-Leidens in diesen Fällen genau achten. Curling bemerkt sehr richtig:

„Es ist von Schriftstellern die Beobachtung gemacht worden, dass bei sehr ausgedehnten Verbrennungen die Kranken sich oft gut zu befinden scheinen, indem sich die Konstitution ihren zerstörenden Einwirkungen widersetzt; plötzlich aber sinken die Kräfte, und der Kranke stirbt schnell. In manchen dieser Fälle würde man, wenn man nachgeforscht hätte, gefunden haben, dass diese ungünstige Veränderung dem Hinzutritt der Hämorrhagie, der Perforation eines Geschwürs im Duodenum zuzuschreiben war. In zwei Fällen, die mir bekannt geworden, war es dem behandelnden Wundarzt vollkommen unbekannt, dass eine Blutung aus dem Darmkanal stattgefunden, indem die Amme es vernachlässigt hatte, ihn von dem veränderten Aussehen der Stühle in Kenntniss zu setzen." (*Medico-chirurgical Transactions.*)

---

3. Ueber Wassersucht nach Scharlachfieber.

Die hydropischen Erscheinungen in Folge des Scharlachfiebers, sagt John Lipscomb, können zu sehr verschiedenen Zeiten auftreten, meist eine bis drei Wochen nach der Abnahme des Fiebers. In einem Falle war eine Zwischenzeit von fünf Wochen vorhanden, und Dr. Gall sah im Guy's-Hospital die Wassersucht erst nach Jahresfrist sich ausbilden. Vom ersten Auftreten des Hydrops an lässt sich im Urin Albumen nachweisen, obwohl Abercrombie und Blackall zwei Fälle anführen, in denen der Urin kein Eiweiss enthielt; der Verf. empfiehlt daher in jedem Fall von Skarlatina während der Rekonvaleszenzperiode den Urin immer genau zu untersuchen, um sogleich einschreiten zu können, sobald sich die ersten Spuren von Eiweissgehalt zeigen. Was die Behandlung anbetrifft, so empfiehlt der Verf. warmes Verhalten, Ruhe im Bette und den Gebrauch der Diaphoretika, z. B. des *Liq. Ammon. acet.*, des *Vin. Ipecacuanh.* und *Vin.*

stibiat., in Verbindung mit *Tinct. Digitalis;* jeden Morgen lässt er ein Abführmittel aus *Rad. Jalapae* nehmen. Auch der Gebrauch warmer Bäder, entweder jeden Abend, oder einen Abend um den andern, verdient empfohlen zu werden. Sobald Symptome von Blutüberfüllung einzelner Organe eintreten, der Puls hart und schnell wird, sind Blutentleerungen, sowohl topische in der Nierengegend, als auch allgemeine, indizirt. Was die Anwendung der diuretischen Mittel betrifft, so empfiehlt sie der Verf. nicht. Ganz zu verwerfen sind nach ihm die stimulirenden Diuretika, und höchstens die Digitalis und die Neutralsalze brauchbar; allein auch diese setzt er den Diaphoreticis nach, um nicht die Nieren, die an sich schon in einem Zustande der Irritation sich befinden, noch mehr zu reizen.

Von den sechs Fällen, die der Verf. mittheilt, ist der erste in so fern interessant, als er zeigt, dass man nach dem Scharlachfieber im Urin das Albumen entdecken kann, noch ehe Spuren von Oedem wahrzunehmen sind. Das Subjekt der dritten Krankengeschichte unterlag, und der Verf. fand bei der Sektion starke seröse Ansammlungen in der Brust- und Bauchhöhle, die Nieren im ersten Stadium der sogenannten Bright'schen Krankheit; sie waren sehr umfangreich, wogen jede $3\frac{1}{2}$ Unze und enthielten eine grosse Menge Blut; die Kortikalsubstanz war verdickt und drängte sich in die Tubularsubstanz hinein, wodurch sie die Harnkanälchen stark komprimiren musste. — Im fünften Falle verschwanden die hydropischen Erscheinungen schnell, nachdem das Kind zufälliger Weise Erbrechen bekommen hatte, ein Resultat, welches auch schon von Andern beobachtet worden, und sie verleitet hat, die Anwendung der Brechmittel in ähnlichen Fällen zu empfehlen. — Im sechsten Falle zeigte sich Eiweiss im Urin, ohne Spuren ödematöser Anschwellung an irgend einem Theile. Es wurde sogleich die empfohlene Behandlungsweise in Anwendung gebracht, worauf der Eiweissgehalt sich wieder verlor. (*London Medical-Gazette.*)

V. Verhandlungen gelehrter Vereine und Gesellschaften.

Académie des Sciences in Paris.

1. Mittel, die Unregelmässigkeiten der zweiten Dentition zu verhüten und zu verbessern.

In der Sitzung am 11. Dezember vorigen Jahres las Herr Lefoulon eine Abhandlung über die Mittel, den Unregelmässigkeiten der zweiten Dentition zuvorzukommen und sie zu verbessern. Er machte zuerst einige Betrachtungen über die Art, wie die permanenten Zähne auf die Milchzähne folgen. Oft kömmt es vor, sagt er, dass, nachdem die ersten beiden Milchzähne ausgefallen sind, zwei andere erscheinen; da diese jedoch breiter sind als die ersteren, so müssen sie sich schief stellen. Die Eltern wenden sich dann an einen Zahnarzt, der es selten unterlässt, die benachbarten Milchzähne auszuziehen, um den neuen Raum zu verschaffen. Was geschieht aber? Bald erscheinen zwei andere Zähne, die ebenfalls nicht den gehörigen Raum haben. Man muss mithin die Hundszähne ausziehen, deren Stelle fast vollständig durch die vier Schneidezähne der zweiten Dentition ausgefüllt wird. Darauf fallen die Backenzähne aus. Man glaubt, dass die Grösseverschiedenheit der permanenten Zähne genügend sein wird, um den permanenten Eckzähnen, die noch nicht hervorgedrungen sind, hinreichenden Raum zu lassen. Aber hierin irrt man sich; denn vier grosse Backenzähne wachsen empor, die, nach dem vorderen Theil des Alveolar-Fortsatzes sich hinneigend, den Raum, auf den man für die Eckzähne rechnet, ausgefüllt haben. Alle Zähne sind bis dahin wohl geordnet, man ist sehr zufrieden damit; mit einem Male zeigen sich Hervortreibungen am Zahnfleische, die auf das Vorhandensein vier anderer Zähne hindeuten; dies sind die Eckzähne, die zu der Benennung überzählige Veranlassung geben, da eine Stelle am *Arcus dentalis,* die man vorsichtiger für sie hätte aufbewahren sollen, mangelt.

Um nun die Richtung dieser schiefstehenden Zähne zu verbessern, opfern Praktiker einen oder mehrere auf. Lefoulon meint, dass die Hebung einer nur unangenehmen Deformität zu theuer bezahlt werde durch den Verlust eines wichtigen Organs, das die Natur selbst nicht wieder ersetzen kann. Er lehnt sich daher gegen die künstliche Entfernung der Zähne wegen Schiefstehens derselben auf.

Lefoulon hat nun, um den Theilen ihre normale Stellung wieder zu geben, die Idee gehabt, die Ausdehnbarkeit, welche das Gaumengewölbe und die Zahnbögen darbieten, zu benutzen. Wenn die Deformität von bedeutender Enge des Gaumens herrührt, so wendet er elastische Federn an, die, indem sie bald konzentrisch, bald exzentrisch auf den Arkus einwirken, auf die Krone der schiefen Zähne, ihrem freien Rande so nahe als möglich, drücken. Hierdurch erreicht dieser Zahnarzt selbst eine Ausdehnung des Gaumens; denn es ist ein in der Wissenschaft feststehender Satz, sagt er, dass weder das Gaumengewölbe noch die Zahnbögen unveränderlich in ihrer Dimension sind, wie man es lange Zeit hindurch angenommen hat. Ist eine einfache Neigung entweder nach vorn oder nach hinten ohne Drehung der Zähne um ihre Axe vorhanden, so genügt eine einzige goldene Feder in Hufeisenform, die sich auf den Seiten den Krümmungen der Zähne anpasst. Ist eine Abweichung der Zähne von ihrer Axe zugegen, so wendet man eine zweite Feder an, die in einer kleinen mehr oder weniger langen Goldplatte, je nachdem sie auf eine oder mehrere Zähne wirken soll, besteht. Mittelst zweier seidenen Fäden zieht man die beiden Enden stark über die grosse Feder, indem man den Druck auf die Weise berechnet, dass die Mitte der Platte nur auf den Rand des Zahnes, der sich ausser der Reihe befindet, drückt.

---

2. Von der Temperatur der Kinder im gesunden und krankhaften Zustande.

In der Sitzung vom 26. Dezember las Dr. Roger eine Abhandlung über obigen Gegenstand, der wir Folgendes entnehmen:

Nachdem er der neueren Arbeiten über die Temperatur, und besonders der von Bouillaud und Andral, die sich ausschliesslich mit der Temperatur in den Krankheiten bei Erwachsenen beschäftigen, Erwähnung gethan, kündigt er an, dass seine eigenen Untersuchungen, durch die jener beiden Professoren angeregt, sich auf die Temperatur in den Krankheiten des kindlichen Alters beziehen. Der Zweck seiner Arbeit, die auf 6 bis 700 thermometrischen Experimenten beruht, ist, über die Veränderungen der animalischen Wärme in den Affektionen der ersten Lebensjahre Aufschluss zu geben, die besonderen und allgemeinen Gesetze, die sich aus der Erforschung der Thatsachen ergeben, aufzusuchen, und besonders diese Prinzipien zur Diagnose der Krankheiten zu benutzen.

Nachdem er zuerst, diesen Beobachtungen zufolge, die normale Wärme im kindlichen Alter, und die physiologischen Abweichungen von 36 bis 39° aufgestellt hatte, theilt er die beiden Grenzpunkte der verschiedenen Temperaturgrade in den Kinderkrankheiten mit; diese sind 23° 50′ und 42° 50′, also ein Schwanken von 21°, während Andral bei Erwachsenen nur eine Verschiedenheit von 7° gefunden hat.

In Bezug auf die Temperatur kann man die Affektionen des kindlichen Alters in drei Klassen eintheilen: 1) diejenigen, wo die Temperatur erhöht ist; 2) diejenigen, wo sie normal ist; 3) die, wo sie vermindert ist.

In der ersten Klasse, die alle fieberhaften Krankheiten, von welcher Art sie sein mögen, umfasst, ist Erhöhung der Temperatur eine konstante Erscheinung; diese Steigerung bleibt sich aber nicht in allen Fällen, wo Fieber vorhanden ist, gleich. Man muss daran denken, dass es nicht das Wesen der Krankheit ist, welches allgemein den Grad der Zunahme der Wärme bedingt; so haben die Fieber keine grössere Wärme erzeugende Kraft als die Entzündungen, und umgekehrt. In den Fiebern steigt das Thermometer gewöhnlich sehr hoch, in der *Febris ephemera* hat er 40° 50′ gefunden, in der *Febris intermittens* 40° 25′ im Hitzestadium; in keinem stieg es so hoch wie in dem typhösen Fieber, wo die Mittelzahl 39° 69′, das Maximum 41° war. Diese Steigerung der Temperatur, die durch ihre Intensität bemerkenswerth ist, ist es auch durch ihre Dauer und ihre Kontinuität während einer langwierigen Krankheit; sehr stark in wichtigen Fällen, kann sie selbst in manchen sehr gelinden viel höher steigen, als bei einer tödtlichen Entzündung. Eins der dem typhösen Fieber eigenthümlichen Charaktere ist also die Erzeugung einer beträchtlichen Menge Wärme, selbst wenn es von nicht grossem Belang ist. Ein anderes speziell dem typhösen Fieber angehörendes Merkmal ist, dass die Zunahme der Wärme und die der Pulsschläge in keinem Verhältnisse steht.

Die in den akuten Exanthemen vermehrte Temperatur ist nicht bei allen dieselbe; das Scharlach nimmt in dieser Beziehung den ersten Platz ein, der mittlere Temperaturgrad beträgt 39° 39′; die Pocken stehen auf der zweiten Stufe, Temperatur 38° 75′, und zuletzt kommen die Masern, Temperatur 38° 47′.

Die Wärme ist in den Gehirnkrankheiten geringer, als in denen der Brust- oder Unterleibsorgane. In mehreren Fällen von Hirnentzündung, Hirnerweichung u. s. w. war das Maximum der in der Ach-

selhöhle stattfindenden Temperatur 39° 50′, und 11 mal unter 14 Fällen überstieg das Thermometer nicht 38° 58′; in der *Meningitis cerebralis* oder *cerebro-spinalis* findet eine höhere Temperatur statt, die Mittelzahl war 38° 94′.

Zur zweiten Klasse zu den Krankheiten, wo die Temperatur normal bleibt, gehören der Hydrops, die Tuberkeln, Keuchhusten, Chorea, Anämie, Rhachitis u. s. w.

In der dritten Klasse, unterscheidet R. 1) die Krankheiten, wo die Abnahme der Temperatur partiell ist; 2) diejenigen, wo sie allgemein ist. Die partielle Verminderung der Temperatur kann entweder an den Stellen, die der Sitz des Leidens sind, wie in der Gangrän und Paralyse, oder an der Peripherie des Körpers stattfinden.

Eine sehr interessante Krankheit, in Betreff der Abnahme der thierischen Wärme, ist das Oedem der Neugeborenen, wo man eine Verminderung der inneren und äusseren Wärme beobachtet. R. hat die Beobachtungen von 22 mit Oedem oder Zellgewebsverhärtung behafteten Kindern gesammelt, und bei allen die Temperatur unter der normalen Mittelzahl gefunden. Die Kälte, im Anfang der Affektion geringer, sagt er, nimmt in steigendem Maasse zu, und Nichts kann dieser geheimnissvollen Macht, die die Wärme herabsetzt, entgegengestellt werden, selbst nicht jene andere Macht, die sie in allen akuten Entzündungen steigert.

Aus den obigen mitgetheilten Thatsachen kann man einige Schlüsse in Bezug auf die Kunst die Krankheiten zu erkennen, ziehen.

1) Sobald ein Kind eine höhere Temperatur als 38° zeigt, kann man mit Bestimmtheit annehmen, dass Fieber vorhanden ist, und diese Feststellung der Zunahme der Wärme ist von grosser Wichtigkeit, zumal bei Neugeborenen, wo sie das beste und untrüglichste Zeichen des fieberhaften Zustandes abgiebt. Ein neugeborenes Kind kann 120 und selbst 140 Pulsschläge, 40, 50 und selbst 84 Athemzüge in der Minute bei scheinbar ganz vollkommenem Gesundheitszustande haben. Nach der Auskunft, die der Puls giebt, allein würde man nie entscheiden können, ob Fieber vorhanden ist; man kann es aber, wenn man die Temperatur berücksichtigt.

2) Das Thermometer zeigt an, dass Fieber vorhanden, aber es giebt keinen Aufschluss über das Wesen dieses Fiebers, das eine *Febris ephemera, continua, intermittens, idiopathica* und *symptomatica* von einer Entzündung abhängig sein kann.

3) Die Wärme ist in den Entzündungen von gleichem Grade, wie

in den Fiebern; die höchsten Temperaturen zeigten sich im typhösen Fieber, in der Pneumonie und Meningitis.

4) Wenn im Verlaufe einer sich durch Gehirnerscheinungen charakterisirenden Affektion bei einem Kinde von einem bis vierzehn Jahren das Thermometer in der Achselgrube eine Wärme von 36° oder 35° ergiebt (die letztere ist niedriger als die normale Mittelzahl), nachdem diese Mittelzahl einige Tage vorher mehr oder weniger überschritten war, so kann man mit vollem Rechte einfache oder granulöse Meningitis diagnostiziren; das gleichzeitige Zusammentreffen mit der Verlangsamung der Respiration und des Pulses würde uns noch sicherer machen, und es würde kein Zweifel mehr möglich sein, wenn, in einem dritten Stadium der Krankheit, die drei geschwächten Funktionen von Neuem an Kraft gewönnen. Man kann daher feststellen, dass die Verminderung der Wärme, zwischen zwei Perioden der Steigerung, bei Kindern ein pathognomonisches Zeichen der Entzündung der Gehirnhäute ist. Diese Abwechselungen in der Temperatur, die nur der Meningitis eigen sind, werden dazu dienen, diese Affektion von anderen Krankheiten des Gehirns und von der ***Febris typhosa cerebralis*** zu unterscheiden.

5) Da das typhöse Fieber die einzige Krankheit ist, in welcher eine beträchtliche Erhöhung der Temperatur mit einer mässigen Beschleunigung des Pulses stattfinden kann, so folgt daraus, dass, wenn man bei einem kranken Kinde, dessen Puls nicht mehr als 100 Schläge macht, mittelst des Thermometers in der Achselhöhle 40° oder 41° findet, man hiernach allein und ohne weitere Nachforschung fast mit Sicherheit eine Dothinenteritis diagnostiziren kann.

6) Bei Kindern, zumal bei sehr jungen, ist die Diagnose des typhösen Fiebers und der Enteritis oft schwer und in gewissen Fällen ganz unmöglich, und wird sich hauptsächlich aus den thermometrischen Untersuchungen folgern lassen. Wenn das Instrument mehrere Tage hindurch sich auf 38° oder 38° 50′ erhielte und 39° nicht überschritte oder niemals erreichte, so könnte man eher auf eine einfache Enteritis schliessen. Erhebt sich die Temperatur bis zu 41° oder sogar auf 42°, so würde man hiernach ein typhöses Fieber diagnostiziren müssen.

7) Wenn bei einem Kinde, dessen Respiration und Puls ansehnlich beschleunigt ist, das Thermometer 40°, selbst 41° zeigt, so kann man ohne Furcht, sich zu täuschen, Pneumonie annehmen. Diese genaue Bestimmung der Wärme mittelst des Thermometers trägt viel zur Unterscheidung der Entzündung des Lungenparenchyms von der

der Bronchialzweige bei, die bisweilen durch die gewöhnlichen Explorationsmethoden unmöglich ist; wenn also bei einem an heftigem Fieber, bedeutender Dyspnoe leidenden Kinde, wo zugleich durch die Auskultation auf beiden Seiten der Brust Rasselgeräusche wahrgenommen werden, eine Temperatur von 40° oder 41° vorhanden ist, so kann man mit Sicherheit eine Pneumonie diagnostiziren; steigt hingegen das Thermometer nicht über 38°, so ist nur Bronchitis vorhanden.

8) Die Krankheiten, wo eine Verminderung der Temperatur stattfindet, sind selten. Die Wärme ist partiell in der Lähmung, beim Brande, im Wechselfieber und in der Cholera vermindert. Es hat sich nicht erwiesen, dass die allgemeine in der Achselhöhle gemessene Temperatur des Körpers jemals merklich bei Erwachsenen abgenommen habe; hingegen findet dies positiv bei Neugeborenen im Oedem oder Verhärtung des Zellgewebes statt.

9) Sinkt bei einem neugeborenen Kinde von einem oder acht Tagen das Thermometer unter 36°, so muss man fürchten, dass sich Zellgewebsverhärtung bilde; steigt dasselbe bis auf 34°, 32° und sogar 30° und darunter herab, so hat sich die Krankheit bereits ausgebildet.

10) Das Thermometer trägt direkt zur Semiotik in einigen Krankheiten bei, deren Vorhandensein es bestimmt anzeigt; in manchen Fällen zeigt es sich indirekt zur Stellung der Diagnose nützlich, es ist ein Element mehr und befördert dann die Sicherheit, die sich aus der Gesammtheit der anderen Symptome und der thermometrischen Angaben ergiebt.

11) Wir glauben mithin, dass der Gebrauch des Thermometers in den klinischen Unterricht eingeführt werden müsse, nicht allein als ein genaues Mittel, welches die unsicheren Resultate der Untersuchung und die irrigen Gefühle des Kranken bestätigt oder rektifizirt, sondern auch als ein sehr nützliches Hülfsmittel für die Diagnose der Krankheiten. Der Nutzen der neuen Explorationsmethode wird sich unstreitig herausstellen, wenn die Gesetze, die die physiologischen und pathologischen Veränderungen der Wärmeerzeugung hervorrufen, mit noch grösserer Genauigkeit festgestellt und besser gekannt sind, und andere Beobachter unserer Arbeit die nöthige Weihe der Erfahrung verliehen haben.

VI. Miszellen und Notizen.

Eine neue Methode, den ***Prolapsus ani*** zu heilen. — Dr. Robert nämlich bemerkt, nachdem er als die mächtigste Ursache des Mastdarmvorfalls, Lähmung und Erschlaffung des Sphinkters hinstellt und die bis jetzt allgemein angenommenen Heilungsmethoden aufzählt, Folgendes:

„Es ist leicht einzusehen, dass, wenn auch diese Behandlungsweisen von einander abweichen, sie doch einen gemeinschaftlichen Endzweck haben, nämlich entweder oberhalb oder unterhalb des Sphinkters eine Wunde zu bilden, mit oder ohne Substanzverlust, die durch Eiterung und Vernarbung den Anus kontrahirt und eine innigere Vereinigung des Darms oder der Haut mit den darunterliegenden Theilen hervorruft. In den gewöhnlichen Fällen leistet diese Narbe gehörigen Widerstand, weil sie im *Sphincter ani,* der wenig von seiner Kontraktionskraft eingebüsst hat, eine starke Unterstützung erhält. Ist aber dieser Muskel selbst bedeutend relaxirt, entweder primär oder in Folge der langen und starken Ausdehnung, welche er durch die Geschwulst erlitten hat, so sieht man leicht ein, dass die Narbe, die nicht mehr unterstützt wird, sich ausdehnt und der Prolapsus wieder erscheint."

Robert führt einen Fall von sehr langer Dauer an, wo er, nach seiner Methode, zwei Einschnitte am hinteren Rande des Afters in Gestalt eines V machte, die Spitze war nach dem Steissbein gerichtet; nachdem er einen gehörigen Theil des Sphinkter ausgeschnitten, vereinigte er die Theile durch die Nath, und entfernte die Fäden am sechsten Tage. Am 15ten Tage wurden die Fäkalmassen durch ein Klystier entleert, und am 18ten erfolgte regelmässiger Stuhlgang. Das Kind war vollkommen geheilt. (*Mémoires de l'Académie royale de la Médecine.*)

VII. Bibliographie.

Ashburner (John), Med. Dr. *On Dentition and some coincident Disorders. London* 1843.

Ephraim S. *Ad morphologiam Rhachitidis Symbolae nonnullae. Diss. inaug. pathol. Berolini* 1843. 8. ¼ Rthlr. (Eine sehr lesenswerthe Dissertation mit schätzbaren Ergebnissen.)

JOURNAL
FÜR
KINDERKRANKHEITEN.

Jedes Jahr erscheinen 12 Hefte in 2 Bänden. — Gute Original-Aufsätze über Kinderkrankh. werden erbeten und am Schlusse jedes Bandes gut honorirt.

Aufsätze, Abhandlungen, Schriften, Werke, Journale etc. für die Redaktion dieses Journals beliebe man kostenfrei an den Verleger einzusenden.

BAND II.] BERLIN, MAI 1844. [HEFT 5.

I. Abhandlungen und Originalaufsätze.

Ausgebreitete Abszessbildung im Zellgewebe bei einem 1¼jährigen Kinde, von Dr. H. W. Cordts, prakt. Arzte in Hamburg.

Der folgende Krankheitsfall, den ich vor einem Jahre zu beobachten Gelegenheit hatte, scheint mir der Mittheilung nicht unwerth.

Auguste S., 1¼ Jahr alt, damals ein zartes, schwächliches Kind, trug nicht undeutliche Zeichen skrophulöser Anlage an sich. Die Eltern des Kindes sind zwar jetzt gesund, doch war die Mutter in der Jugend skrophulös, was sich besonders durch Augen- und Drüsenleiden kund gab. Die ältere, dreijährige Tochter litt früher an Rhachitis, von der sie jedoch, bis auf eine schwache Krümmung der Unterschenkel und geringe Anschwellung der Gelenkenden der Tibia und Ulna, hergestellt ist. Beide Kinder wurden offenbar früher schlecht gehalten und unzweckmässig ernährt, was in der eben nicht glänzenden Lage der Eltern seinen Grund hatte. Das jüngere Kind also, welches den Gegenstand dieser Beobachtung bildet, war erst einige Wochen vorher in meiner Behandlung gewesen. Es litt damals an Durchfall, ass dabei sehr gierig den fast ausschliesslich gereichten Brei von Weissbrod, magerte aber immer mehr ab und zeigte einen stark aufgetriebenen, festen Leib. Bei zweckmässig angeordneter Diät, dem innerlichen Gebrauch von *Tinct. Rhei aq.* und später kleiner Gaben des *Ol. Jec. Aselli*, erholte es sich indess bald, und fing selbst an etwas zuzunehmen. Anfangs Dezember 1842 wurde ich gerufen, und nun erzählte die Mutter, das Kind habe schon seit 8 Tagen wieder gekränkelt, sei sehr unruhig gewesen, und habe viel geweint; der Appetit sei nur sehr gering, die Oeffnung meist regelmässig, zuweilen etwas durchfällig; dabei magere das Kind bedeutend ab und werde immer schwächer. Seit

2 Tagen bemerke sie am Nacken des Kindes kleine rothe erhabene Stellen, welche dem Kinde viel Schmerz zu machen schienen, und welche sie für Schweinsbeulen (?) halte. Ich fand das Kind wirklich bedeutend abgemagert, die Haut im Gesicht und mehr noch an den Extremitäten und am Gesäss faltig und schlaff, den Leib prall und aufgetrieben, doch beim Druck nirgends empfindlich; das Auge hatte einen leidenden Ausdruck, die Zunge schwach belegt, die Stühle weisslich gelb gefärbt, zuweilen grünlich und dann etwas säuerlich riechend, der Puls kaum fieberhaft. An der rechten Schulter, etwas nach hinten und im Nacken neben den Halswirbeln, fand ich einige mässig rothe Stellen, welche ein wenig über die Oberhaut hervorragten. Bei genauerer Untersuchung fühlte man hier deutlich unter der Haut kleine umschriebene Geschwülste, von der Grösse einer guten Bohne, welche in ihrer Mitte undeutliche Fluktuation zeigten, während der tiefer liegende Umfang noch fester und gleichsam schwach elastisch anzufühlen war. Im Ganzen waren jetzt etwa 3 — 4 dieser kleinen Geschwülste vorhanden, deren Betasten dem Kinde unangenehm war. Ich ordnete einstweilen eine passende Diät an, gab innerlich *Tinct. Rhei aq.* und liess auf die gerötheten Stellen einfache Kataplasmen von Hafergrütze anwenden. Am folgenden Tage fand ich die Haut noch stärker geröthet, und an zwei Stellen gespannt und glänzend, und hier ganz deutliche Fluktuation. Da die Haut noch ziemlichen Widerstand leisten zu wollen schien, so entschloss ich mich durch einen kleinen Einstich mit der Lanzette diese beiden Abszesse zu entleeren, und als dies geschah, ergoss sich aus jedem etwa ein kleiner Fingerhut voll eines reinen rahmartigen Eiters. Bei genauer Untersuchung des Nakkens und der beiden Schultern fand ich nun an verschiedenen Stellen unter der Haut kleine härtliche, etwas elastisch anzufühlende Geschwülste von der Grösse einer Erbse bis zu der einer kleinen Bohne. Ueber ihnen war die Haut vollkommen normal und ohne Röthe, und man konnte die Geschwülste unter der Haut hin und her schieben; am besten liessen sie sich mit angeschwollenen Lymphdrüsen vergleichen. Ich liess die Kataplasmen fortsetzen, und schon am folgenden Tage konnte ich wieder zwei dieser kleinen Abszesse öffnen. In den nächsten Tagen fand ich, dass die früher unter der gesunden Haut beweglich gewesenen Geschwülste sich allmälig vergrösserten, unbeweglicher wurden, und nun die Haut sich über ihnen röthete, sich dann immer mehr spannte, bis endlich die Fluktuation die Eröffnung gestattete. Anfangs waren sie durchaus schmerzlos, und erst dann,

wenn die Haut sich röthete und spannte, weinte das Kind bei ihrer Berührung. Dies war nun der Verlauf, wie ich ihn bei allen noch entstehenden Abszessen beobachtete, und ich konnte immer darauf rechnen, an der Stelle, wo ich eine derartige bewegliche Geschwulst unter der Haut gefühlt hatte, in 3 — 4 Tagen einen reifen Abszess vorzufinden. Am zahlreichsten entstanden diese Geschwülste an beiden Schultern, besonders an der rechten, so dass die ganze Wölbung derselben und abwärts fast bis zur Insertion des *M. deltoideus* der Oberarm von ihnen eingenommen war. Hier entstanden immer wieder neue neben den eben geöffneten, und so dicht neben einander, dass sie wie Honigzellen an einander gedrängt wurden; jeder einzelne Abszess entleerte sich aber nur auf besondern Einstich. Nach der Entleerung fielen sie völlig zusammen, und heilten beim Gebrauch einfacher Kataplasmen schnell; nur selten füllten sie sich von neuem, so dass die Eröffnung wiederholt werden musste. Einige kleinere überliess ich ganz sich selbst, und ich fand, dass es ziemlich lange dauerte, ehe sie sich entleerten, auch füllten sich alle von Neuem mit Eiter, weshalb ich später immer die künstliche Eröffnung vornahm. Von den Schultern verbreiteten sich die Abszesse über den Nacken bis zum behaarten Hinterkopf, einzelne erschienen an der Stirn und an beiden Ohrmuscheln; nach abwärts zeigten sie sich am Rücken an verschiedenen Stellen, am Gesäss, ferner an der Brust, am Bauch und an den Inguinalgegenden; die unteren Extremitäten und das Gesicht blieben ganz verschont; einzelne wurden noch in den Handflächen und am Daumen beobachtet. Die ganze Krankheit währte 8 Wochen, und während dieser Zeit wurden gegen 150 dieser kleinen Abszesse geöffnet. Das Allgemeinbefinden des Kindes besserte sich allmälig, nachdem noch in den ersten Wochen der etwas überhand nehmende Durchfall durch eine Mixtur mit *Extr. Cascarillae* und *Mucil. G. Salep.* beseitigt war. Besonders gut bekamen dem Kinde einfache warme Bäder, welche in den letzten Wochen täglich angewandt wurden; auch liess ich jetzt kleine Gaben des *Ol. Jec. Aselli* reichen. Nach und nach erholte das Kind sich so sehr, dass ich es nach einem halben Jahre kaum wieder erkannte, als ich ihm die Kuhpocken einimpfte, und es ist auch bis jetzt von jeglicher Krankheit verschont geblieben.

Ich übergebe diesen Fall der Oeffentlichkeit, um zu erfahren, ob dergleichen Fälle öfters beobachtet wurden. Mir ist bis jetzt kein derartiger Fall bekannt geworden, auch konnte ich durch Erkundigungen nichts Aehnliches erfahren. Kritische Abszesse, wie sie in akuten

Krankheiten beobachtet werden, möchten wohl kaum in solcher Anzahl entstehen, und in diesem Falle war keine akute Krankheit vorhanden, welche sich etwa auf diese Weise entschieden hätte. Dennoch ist nicht zu leugnen, dass diese Krankheit einen sehr heilsamen Einfluss auf das spätere Befinden des früher kränkelnden und kümmerlichen Kindes hatte, welches sich unmittelbar danach so bedeutend erholte. Die Haut wurde offenbar nur sekundär affizirt, während das Zellgewebe den eigentlichen Krankheitsheerd bildete. War hier eine Ablagerung der Skrophelmaterie in das Zellgewebe, wie sonst häufig in die Drüsen, erfolgt? Wahrscheinlich ist es, dass auf diese Weise eine heilsame Ausscheidung dyskrasischer Stoffe zu Stande kam, doch bleibt dann die gute Beschaffenheit des Eiters und das schnelle Heilen der Abszesse auffallend, welche Umstände skrophulösen Eiterungsprozessen nicht eigen sind. Vielleicht wäre eine genaue mikroskopische Untersuchung des Eiters interessant gewesen, doch dazu fehlte mir die Gelegenheit.

Ueber das Wesen und die Behandlung des spontanen Lungenbrandes bei Kindern, von Dr. Ernest Boudet in Paris.

(Schluss, s. voriges Heft S. 249.)

IV. Ursachen und Wesen des Lungenbrandes und des spontanen Brandes der Kinder überhaupt.

A. Allgemeine Ursachen. Ob die Jahreszeit auf die Erzeugung des Lungenbrandes in den von mir beobachteten Fällen irgend einen Einfluss gehabt habe oder nicht, ist eine schwer zu lösende Frage. Auf den ersten Blick könnte es allerdings scheinen, als wenn die höhere Temperatur die Entwickelung dieser Affektion begünstigt hätte, denn alle die mitgetheilten Fälle von Lungenbrand sind zwischen dem 11. Juli und dem 15. August vorgekommen. Allein wenn man erwägt, dass auch die Exantheme in jener warmen Jahreszeit am häufigsten vorkommen (und das Jahr 1840 hat in dieser Beziehung keine Ausnahme gemacht); wenn man ferner eine Behauptung, die ich später zu beweisen suchen werde, dass nämlich die Hautausschläge es sind, welche auf die Entwickelung des Lungenbrandes den bedeutendsten Einfluss ausüben, vorläufig als richtig anerkennen will, so wird man jene Ansicht als unstatthaft verwerfen.

Die Krankheitskonstitution hat im Juli, August und September des Jahres 1840 nichts Eigenthümliches dargeboten, ausser dass der Krup und die akuten Exantheme sich häufiger gezeigt haben, als gewöhnlich.

Auch die Temperatur, die hygrometrischen Verhältnisse der Luft, so wie die Abweichungen im Barometerstande, haben, nach einer sorgfältigen Vergleichung mit den in diesen Beziehungen im Jahre 1839 gemachten Beobachtungen, nichts Besonderes dargeboten, was auf die Erzeugung unserer Krankheit irgend einen Einfluss hätte ausüben können.

B. Individuelle Ursachen. Ueber die nächste Ursache des Lungenbrandes sind die Schriftsteller, welche von dieser Affektion gehandelt haben, keinesweges einig. Viele derselben glauben den Ursprung in verschiedenen Störungen des respiratorischen Apparates suchen zu müssen. So wird von Einigen eine subakute Entzündung, welche eine Art Einschnürung (*Étranglement*) und dann Sphazelus zur Folge habe, als die *Causa peccans* betrachtet; nach Anderen ist es eine Verminderung der Vitalität, die durch eine Kompression des Lungenparenchyms herbeigeführt werde, welche ihrerseits in einem rhachitischen Bau des Thorax, in einem bedeutenden pleuritischen Exsudat, in einer sehr dicken Pseudomembran, oder in einer grösseren Anhäufung von Tuberkelmassen ihren Grund habe. Noch andere glauben eine Obliteration der Lungengefässe und die dadurch bedingte mangelhafte Ernährung der Lungen beschuldigen zu müssen. Endlich ist Herr Genest (*Gaz. médic. de Paris* 1836) der Ansicht, dass eine Lungen-Hämorrhagie eine ziemlich häufige Ursache des Brandes jenes Organs sei.

Nicht geringer aber ist die Anzahl derjenigen Pathologen, welche die Ursache unserer Krankheit ausserhalb der Lungen suchen. Laennec glaubte, dass diese Affektion sich unter demselben Einfluss entwickle, welcher den Anthrax, die Pestbeule und die *Pustula maligna* erzeugt, eine Ansicht, die sich schwer begreifen lässt, wenn man erwägt, dass die *Pustula maligna* eine örtliche, durch Anstekkung entstehende Krankheit ist, während der Karbunkel und die Pestbeule aus allgemeinen konstitutionellen Ursachen entstehen und ganz anderer Natur sind. Andere Schriftsteller haben besonders die Koinzidenz der Phlebitis, langwieriger Suppurationsprozesse und der Peritonitis mit dem Lungenbrande hervorgehoben. Auch bösartige Exantheme sind als hinreichende Ursachen dieser Affektion betrachtet

worden. Endlich hat man auch die freiwillige Entziehung der Nahrungsmittel, deren Wirkungen bei den Wahnsinnigen Herr Guislain sehr sorgfältig studirt hat (*Gaz. médic.* 1836 — 38), als eine der häufigsten Ursachen des Lungenbrandes angegeben.

Unter den Autoren, welche über Kinderkrankheiten geschrieben haben, hat Herr Berton, welcher nur einen einzigen Fall von Lungenbrand anführt, die Entwickelung desselben von der Pneumonie hergeleitet, von der er, seiner Meinung nach, nur ein Ausgang ist.

Die Herren Rilliet und Barthez sind die einzigen Schriftsteller, welche der Aetiologie dieser Krankheit eine besondere Aufmerksamkeit geschenkt haben. Diese nun gestehen der Pneumonie, so wie der *Haemorrhagia pulmonum*, nur einen sehr zweifelhaften Einfluss zu. Unter den allgemeinen Ursachen heben sie besonders die exanthematischen Fieber, namentlich die Masern und das Typhoid, als diejenigen hervor, welche die Entwickelung des Lungenbrandes am meisten begünstigen.

Was die Aetiologie der Gangrän des Mundes betrifft, so scheinen nur zwei Schriftsteller, nämlich Richter (*Exper.* 1838, *p.* 442) und Constant (*Bulletin, de therapeutique, T. VII.*), dem Skorbut des Zahnfleisches einigen Einfluss auf die Entwickelung des Brandes desselben und der benachbarten Theile zuzuschreiben.

Wir wollen nun untersuchen, in wie fern diese verschiedenen Angaben gegründet sind, wenn es sich um den Lungenbrand der Kinder handelt.

Die von mir gesammelten Thatsachen sprechen keinesweges für die Ansicht, als wäre eine akute und intensive Pneumonie die Ursache des Lungenbrandes. Ich habe von diesem Punkte bereits gehandelt, und will hierauf nicht wieder zurückkommen.

Die Gegenwart von Tuberkeln hat mir eben so wenig auf die Erzeugung dieser Affektion einen Einfluss auszuüben geschienen; denn wenn auch in dem einen von mir mitgetheilten Falle der Brand und Tuberkeln gleichzeitig in einem Lungenlappen existirten, so hatten doch diese beiden Krankheitszustände in dem anderen Falle in ganz verschiedenen Lungen ihren Sitz. Jedenfalls muss dieser Einfluss, wenn er sich wirklich geltend macht, nur sehr gering sein, wenn man anders nach dem seltenen Vorkommen des Lungenbrandes bei Phthisikern schliessen darf. Denn unter 160 Lungen, welche mehr oder weniger zahlreiche Tuberkeln enthielten, habe ich nur ein einziges Mal gangränöse Exkavationen gefunden, und zwar waren diese in

grosser Anzahl vorhanden und sehr umfangreich, während die kleinen, gerade in diesem Falle nur sparsamen Tuberkel von den brandigen Parthieen ziemlich weit entfernt ihren Sitz hatten.

Von den übrigen Störungen, welche die Autoren als die Ursache der uns hier beschäftigenden Affektion angegeben haben, ist es mir nie gelungen, irgend eine Spur wahrzunehmen.

Was den Einfluss der ausserhalb der Lungen liegenden Ursachen betrifft, so lassen mich alle Umstände, welche die von mir beobachteten Fälle begleiteten, schliessen, dass die Entwickelung des Brandes in Folge von Ursachen eingetreten ist, die nicht in dem affizirten Organe selbst ihren Sitz hatten, sondern im ganzen Organismus verbreitet waren. In der That gab sich in 4 Fällen unter 5 eine Art von gangränöser Diathese kund, und die Lungen waren nur eins von den verschiedenen Organen, welche von diesem partiellen Tode ergriffen wurden.

Diese Tendenz zur brandigen Zerstörung der Gewebe lässt sich bis zu einem gewissen Punkte aus der Konstitution der Kranken erklären. Vier derselben waren abgemagert, kachektisch, im höchsten Grade schwächlich und elend, und schienen bereits dem Tode verfallen zu sein, und nur das fünfte Kind war gesund und kräftig. Bei Allen sahen wir die Symptome der Krankheit einige Tage nach dem Ausbruche eines Exanthems auftreten. Diese Exantheme (welche viermal in den Masern, einmal in Scharlach bestanden) haben ohne Ausnahme einen unregelmässigen Verlauf gehabt, verschwanden schnell, und alsbald zeigten sich die Erscheinungen des Brandes.

Der verderbliche Einfluss, den diese Exantheme offenbar auf die Erzeugung dieser letzteren Affektion gehabt haben, lässt sich leicht daraus erklären, dass das mit dem Kontagium geschwängerte Blut den Organismus gleichsam vergiftet hat.

Andral und Gavarret haben durch chemische Analysen nachgewiesen, dass in den akuten Exanthemen die Quantität des Faserstoffes des Blutes sich vermindere, während die Alkaleszenz dieser Flüssigkeit zunehme. Wenn die vitale Reaktion unzulänglich von Statten geht, so ist das Quantitätsverhältniss des Fibrins zu den übrigen Bestandtheilen des Blutes geringer, als im normalen Zustande, und alsdann entstehen zahlreiche und bedeutende Störungen, denjenigen analog, zu welchen der Skorbut Veranlassung giebt. Ich habe nun zwar das Blut in den fünf Fällen, die ich hier mitgetheilt habe, keiner chemischen Analyse unterworfen; allein nach dem Tode fand sich das-

selbe zwei Mal, sowohl im Herzen, als in den Gefässen, in einem ganz flüssigen Zustande, und zwei Mal bildete es eine zerfliessende, halb wässerige Masse, die kaum auf die Benennung eines Koagulums irgend einen Anspruch hatte. Diese Charaktere des Blutes, obgleich sie über die chemische Beschaffenheit dieser Flüssigkeit keinen Aufschluss geben, sind meiner Ansicht nach dennoch von grossem Werth. In der That habe ich dieselben in dem Blute keiner anderen Kinder gefunden, als nur solcher, die an einem Exanthem oder an einem spontanen Brande, oder an einem bösartigen Typhus gestorben waren. Und unter diesen drei Krankheitszuständen waren es die mit Lungenbrand komplizirten Masern oder der Scharlach, welche am häufigsten jene Veränderung des Blutes darboten (unter vier Fällen zwei Mal); dann kam der nach den Masern eingetretene Brand des Mundes und der Vulva (unter sechs Fällen ein Mal), und endlich zeigte sich das Blut in zwölf Fällen von Exanthemen ohne Brand nicht ein einziges Mal im flüssigen Zustand. Jedoch muss ich dabei erwähnen, dass dasselbe fast immer, wenn es auch nicht bedeutend verändert erschien, vom normalen Zustande abwich, mehr oder weniger zerfliessend war, und zuweilen das Ansehen einer Johannisbeeren-Gelée darbot. Nun aber sind dieses genau die Charaktere, die man an einem Blute wahrnimmt, welches einen Theil seines Faserstoffs verloren hat und eine stärkere alkalische Reaktion zeigt, als im normalen Zustande. Diese letzteren Eigenschaften aber sind es, durch welche sich das Blut im Skorbut auszeichnet; es scheinen demnach die Exantheme in chemischer Beziehung eben so auf das Blut zu wirken, wie die skorbutischen Affektionen. Daher erklärt sich denn auch die Aehnlichkeit, welche man nach dem Tode in den krankhaften Erscheinungen beobachtet, die die Leiche eines an Skorbut gestorbenen Greises und die eines Kindes darbietet, das den bösartigen Masern erlegen ist, wie man aus folgenden Beobachtungen, welche ein Beispiel resp. der ersteren und letzteren dieser beiden Krankheiten liefern, deutlich ersehen wird:

Beobachtung VI. Skorbut bei einer alten Frau von 90 Jahren.

Diese Frau wurde im Februar 1838 in die Salpetrière aufgenommen. Sie war mager, hatte eine fahle, beinahe aschgraue Gesichtsfarbe, und litt an einer Krankheit der Wirbelsäule; ihr Zahnfleisch war aufgelockert und blutig, auf den Schenkeln bemerkte man zahlreiche ekchymotische Flecke. Kurz nach der Aufnahme starb sie. Bei

der Leichenöffnung zeigte sich das erste *Os metatarsi* so weich, wie ein Schwamm und von flüssigem Blute umgeben, und der Körper des fünften Rückenwirbels vollkommen zerstört. Die Lungen waren unter ihrem serösen Ueberzuge mit zahlreichen Ekchymosen besetzt, und in beiden Pleurahöhlen, so wie im Perikardium, fand sich eine serösblutige Flüssigkeit. Das Herz und die Gefässe enthielten flüssiges Blut, in den Muskeln der Unterschenkel Ekchymosen; kein Blutaustritt im Darmkanal, und eben so wenig in der Arachnoidea.

Beobachtung VII. Masern, Pneumonie, Hämorrhagie.

Ein Mädchen von drei Jahren wurde wegen eines Masernausschlags ins Hospital aufgenommen. Dieses Exanthem verlief unregelmässig, verschwand schnell, worauf eine Pneumonie der rechten Lunge und zahlreiche Blutentleerungen aus dem Darme eintraten. Bei der Leichenöffnung fand sich unter der Arachnoidea, so wie in der Höhle dieser Membran, sowohl reines Blut, als eine mit Blut gemischte seröse Flüssigkeit. Die Pleurahöhlen enthielten ebenfalls Spuren einer Hämorrhagie; unter dem serösen Ueberzuge der Lungen existirten zahlreiche Ekchymosen. Der ganze Darmkanal war dicht mit derartigen begrenzten Blutergüssen besetzt. In den Herzhöhlen fand sich das Blut in einem halb flüssigen, halb geronnenen Zustande.

Diese beiden Beobachtungen sind einander auffallend ähnlich, ja bei dem Kinde sind sogar die Spuren der Hämorrhagie noch zahlreicher; die Knochen sind allerdings nicht zerstört und erweicht, wie bei der greisen Frau, allein man weiss, dass bei Personen des letzteren Alters die erdigen Bestandtheile der Knochen über die organischen das Uebergewicht haben, während bei den Kindern das Gegentheil stattfindet.

Aber, wird man vielleicht fragen, wenn die Veränderung des Blutes im Skorbut und bei bösartigen Exanthemen dieselbe ist, wie kommt es, dass man bei von Skorbut befallenen Greisen nicht jenen Brand des Mundes, der Lunge u. s. w. beobachtet, den man so häufig bei Kindern sieht? Ich gestehe, dass ich diese Frage nicht auf eine ganz befriedigende Weise zu beantworten vermag; indessen will ich bemerken, dass bei Greisen der Brand sich weniger in Folge einer Veränderung des Blutes einstellt, als vielmehr wegen der verminderten Quantität dieser Flüssigkeit, welche zu den Organen gelangt. Daher sind es besonders die Zehen, die Unterschenkel, die Finger, die durch ihre Entfernung vom Herzen bis zu einem gewissen Punkte dem beleben-

den Einflusse desselben entzogen, und deren Gefässe überdies sehr oft verengt oder ganz obliterirt sind, welche am häufigsten vom Brande ergriffen werden. Bei den Kindern dagegen werden gerade diejenigen Gewebe und Organe vorzugsweise brandig, in welchen die Zirkulation am lebhaftesten von Statten geht; so das Zahnfleisch, das zur Zeit der Dentition so bedeutenden Kongestionen unterworfen ist, so die Lungen und Geschlechtstheile, — Organe, in welchen ein besonders rascher Blutumlauf oder ein höherer Grad von Sensibilität stattfindet.

Dieses angenommen, bleibt noch die Frage zu beantworten übrig, warum bei skorbutischen Greisen an den unteren Extremitäten so selten Brand vorkommt? Dieses Problem zu lösen will ich für jetzt nicht versuchen.

Die Fälle von Lungenbrand, die ich bei Personen von 15 bis 80 Jahren beobachtet, und die Resultate, die ich aus ihnen gezogen habe, sprechen ganz zu Gunsten der Ansicht, welche ich hier in Bezug auf den Einfluss der chemischen Veränderungen des Blutes auf die Erzeugung jener Affektion ausgesprochen habe. Unter 3 Fällen von Lungenbrand, welche bei Personen von 20 bis 30 Jahren vorkamen, folgte derselbe einmal auf eine schwere Pockenkrankheit, einmal auf eine weit verbreitete Phlebitis, und einmal auf ein protraktes, typhöses Fieber. Bei zwei Greisen traten die Symptome desselben in einem Falle nach einer profusen Eiterung am Halse, in dem anderen in Folge einer Gehirnerweichung ein, welche mit einer Pleuro-Pneumonie und umfangreichen Tuberkelkaverne komplizirt war.

Der Brand des Mundes und der Vulva entwickelt sich fast immer nach vorangegangenen Exanthemen, namentlich den Masern, dem Scharlach und dem Typhus-Exanthem.

V. Behandlung.

Die gegen den Lungenbrand angewandten Mittel sind dem Einfluss der verschiedenen Ansichten unterworfen gewesen, welche die Praktiker über die Natur dieser Krankheit gehegt haben. So sind von der grossen Anzahl derjenigen, welche dieselbe für die Folge einer Lungenentzündung gehalten haben, vorzüglich örtliche und allgemeine Blutentziehungen, so wie ableitende, auf den Thorax applizirte Reize angewendet worden. Ausserdem aber zog man auch gegen den eigentlichen Giftheerd, der sich im Organismus gebildet hatte, spezifische Mittel in Gebrauch; man gab innerlich Chlorpräparate, unterwarf den Kranken antiseptischen Fumigationen, und suchte dann durch die An-

wendung tonischer, fäulnisswidriger Mittel das weitere Umsichgreifen der brandigen Zerstörung zu verhüten.

Was den Brand des Mundes betrifft, welcher unstreitig der häufigste spontane Brand bei Kindern ist, so haben alle Autoren vorzüglich auf die Anwendung örtlicher Mittel, wie der Kaustika, Antiseptika, u. s. w., gedrungen, und der allgemeinen Behandlung nur eine sekundäre Stelle eingeräumt.

Obgleich aber alle diese Mittel darauf hindeuten, dass man diese Krankheit, zum Theil wenigstens, von einer Verderbniss der Säfte herleitete, so hat doch Niemand bisher die Entwickelung derselben einer Veränderung in der chemischen Zusammensetzung des Blutes zugeschrieben. Ich glaube, wenn auch nicht bestimmt nachgewiesen, doch es wahrscheinlich gemacht zu haben, dass der Lungenbrand eben so wie jeder spontane Brand der Kinder gewöhnlich eine Folge der Verminderung des Faserstoffes und der Vermehrung der Alkaleszenz des Blutes sei. Dieses als wahr angenommen, werden sich nun die Prinzipien, nach welchen die Behandlung eingeleitet werden muss, leicht ergeben.

In dem einzigen von mir beobachteten Falle, wo der Brand lediglich auf die Lunge beschränkt war, haben sich die allgemeinen Blutentziehungen, die trockenen Schröpfköpfe und die Vesikatorien als ganz erfolglos erwiesen; eben so wenig Nutzen brachte die innere Anwendung tonischer Mittel.

In den vier übrigen Fällen, wo jene Lungenaffektion mit *Gangraena oris* komplizirt war, wurde die Behandlung, wie ich bereits oben angedeutet habe, gegen diesen letzteren Krankheitszustand allein gerichtet, und zwar ohne den geringsten Erfolg.

Bei dem Brande des Mundes und der Vulva, als einer für sich bestehenden Affektion, hat mich die Erfahrung gelehrt, dass die örtliche Behandlung nur von geringer Wirksamkeit sei. Ich habe die Resultate von 7 Beobachtungen der erstern Affektion und von zweien der letztern gesammelt. Sieben Mal war das *Ferrum candens* oder das *Butyrum Antimonii* auf eine sehr kräftige Weise angewendet worden, wobei zuweilen der Brand noch im Beginne und sehr begrenzt war, und sieben Mal setzte dieser seine Verheerungen fort, und hatte über kurz oder lang den Tod zur Folge. Es ist mir allerdings nicht unbekannt, dass anderen Aerzten die Heilung dieser Affektion einigemal gelungen ist. So hat Herr Taupin durch die örtliche Anwendung eines Chlorpräparates in Pulverform die Fortschritte des Brandes hemmen gesehen; Herr Berton theilt ebenfalls zwei glücklich behan-

delte Fälle mit, und endlich führt Richter drei Fälle von erfolgter Heilung an. Ich werde indessen sogleich zeigen, durch welche Umstände diese glücklichen Erfolge, zum grössten Theil wenigstens, bedingt wurden.

Meiner Ansicht nach würden folgende Mittel die wirksamsten sein, um theils den Lungenbrand zu verhüten, theils, wenn er eingetreten, zu heilen [1]).

Da diese Affektion sich immer nach den Masern oder dem Scharlach entwickelt, so besteht die erste Indikation darin, alles Mögliche anzuwenden, um die Kinder vor diesen Exanthemen zu schützen. In der Stadt lässt sich die Ansteckung leicht vermeiden; in einem Kinderhospital ist es unumgänglich nöthig, die von jenen Ausschlägen ergriffenen kleinen Kranken vollständig abzusperren, damit sie nicht mit den übrigen Kindern in Berührung kommen, für welche oft das Kontagium auch zugleich ein Keim des Todes ist. Ausserdem würde ich, da ich aus zahlreichen Beobachtungen die Ueberzeugung gewonnen habe, dass die Masern und der Scharlach bei nicht geimpften Kindern einen weit heftigeren Charakter annehmen und weit komplizirter sind, als bei vakzinirten, sehr darauf dringen, dass man mit noch grösserem Eifer, als bisher geschehen, jenes herrliche Schutzmittel, die Vakzination, nicht nur ein Mal, sondern nach Umständen wiederholentlich in Anwendung bringe.

Sind aber, trotz aller Vorsicht, diese Exantheme dennoch zum Ausbruche gekommen, so muss man ihren Verlauf auf das Sorgfältigste überwachen, und sobald sich nur irgend ungewöhnliche Symptome von ernsterer Natur zeigen, z. B. einige hämorrhagische Erscheinungen, einige purpurrothe Flecke, einige Andeutungen des Brandes des Zahnfleisches, — einer Affektion, welche so häufig dem Lungenbrande vorangeht oder denselben begleitet, und die sich unter dem Einfluss derselben allgemeinen Ursachen entwickelt, wie dieser letztere, — unterwerfe man den Kranken dem Gebrauche eines mit Zitronen- oder Schwefelsäure gemischten Trankes, bepinsele die brandigen Parthieen des Mundes mit Salz-, Schwefel- oder reiner Zitronensäure [2]), verordne

1) Von der Nothwendigkeit einer allgemeinen, roborirenden Behandlung spreche ich hier nicht, da diese sich von selbst versteht, und für den konkreten Fall nichts Besonderes darbietet.

2) Dieses Mittel haben die Herren Klaatsch und Raimann in drei Fällen von *Gangraena oris* mit glücklichem Erfolge angewendet; ob dasselbe in seiner Eigenschaft als Säure oder als Kaustikum gewirkt habe, kann ich nicht entscheiden.

zu gleicher Zeit saure und antiseptische Gargarismen, und lasse endlich auf die Extremitäten Friktionen von einer sauren und aromatischen Flüssigkeit machen. — Ich habe in der Salpetrière von Skorbut befallene Personen, welche bereits im höchsten Grade geschwächt, abgemagert und mit zahlreichen ekchymotischen Flecken besetzt waren, nichts mehr geniessen konnten, kurz, bereits dem Tode anheim gefallen zu sein schienen, unter dem Einflusse der innerlich und äusserlich angewandten Säure schnell heilen gesehen. Durch die Anwendung ähnlicher Mittel bei Kindern wird zunächst das überschüssige Alkali im Blute, welches die Gerinnbarkeit dieser Flüssigkeit vermindert, saturirt, während man dann mit Hülfe der Analeptika und tonischen Mittel auf eine wirksame Weise dem Verlust des Fibrins begegnen kann.

Beim Brande der Vulva leitet man die Behandlung nach denselben Indikationen ein, und modifizirt nur die Mittel nach den besonderen Umständen, welche der Sitz der Affektion darbietet. Von den übrigen Formen des spontanen Brandes der Kinder kann ich nicht sprechen, da ich nie Gelegenheit gehabt habe, einen Fall dieser Art zu beobachten.

Wenn sich während des Bestehens einer *Gangraena oris* einige Zeichen von Lungenbrand zeigen [1]), so glaube ich, dass man, wenn nicht gleichzeitig eine heftige Pneumonie zugegen ist, mit Blutentziehungen nur sehr sparsam sein müsse, da sorgfältig Alles zu vermeiden ist, was das Kind schwächen könnte. Man lasse dieses häufig im Bette seine Lage ändern, da es fast immer die hinteren, unteren Lungenparthieen sind, welche vom Brande ergriffen werden; alsdann lege man ein Blasen- oder ein Senfpflaster auf die unteren Extremitäten, und beginne nun oder setze fort die innere Behandlung mit Säuren und Analepticis, denen man einige Löffel eines, chlorsaures Natron enthaltenden Juleps, so wie Waschungen und Injektionen (wenn der Brand auch die in der Mundhöhle befindlichen Theile ergriffen hat) hinzufügen kann. Zu gleicher Zeit verordne man einige leichte Brech- und Abführmittel, um zu verhüten, dass die putriden, von den Kindern gewöhnlich verschluckten Sputa fortdaurend den Alimentarkanal reizen und infiziren. Wenn sich die Symptome des Skorbuts kundgeben, ohne dass ein Exanthem vorangegangen ist, wie dies in der 6ten

---

1) Als da sind: Mattheit des Perkussionstones, Resonanz der Stimme, *Rhonchus mucosus* oder Gurgeln, stinkender Athem, grünliche übelriechende Sputa, der charakteristische Gesichtsausdruck u. s. w.

Beobachtung der Fall war, so muss man um so mehr die hier angegebene Behandlungsweise in Anwendung bringen. Wenn man zu den bezeichneten Mitteln noch etwas alten Wein und aromatische Friktionen auf die Extremitäten hinzufügt, und ausserdem die Zimmerluft des Kranken auf einem höheren Temperaturgrad erhält, so glaube ich, dass man den Hauptindikationen genügen und einige Erfolge bei Krankheiten erlangen wird, die sonst absolut tödtlich sind [1]).

Resumé.

Die Hauptresultate dieser Untersuchung lassen sich in Folgendem zusammenfassen:

Der Lungenbrand kommt bei Kindern häufiger vor, als bei Personen vorgerückten Alters.

Dasselbe ist auch mit den übrigen gangränösen Affektionen, die sich spontan oder ohne den Einfluss physikalischer Ursachen entwikkeln, der Fall.

Wenn der Brand bei Kindern die Lungen ergreift, so bleibt er selten auf dieses Organ allein beschränkt, sondern tritt gleichzeitig auch in verschiedenen anderen Theilen des Körpers auf. In der Lunge selbst befällt er vorzugsweise die hinteren, unteren Parthieen, und zeigt eine ausserordentliche Tendenz, sich von hier aus auf benachbarte Organe und Gewebe fortzupflanzen, so dass er häufig in das *Cavum mediastini* eindringt, die Pleura zerstört, den Oesophagus perforirt u. s. w. Ausserdem können die brandigen Stoffe auch auf entfernte Theile, mit denen sie in Berührung kommen, die gangränöse Zerstörung übertragen.

---

1) Ich hatte meinen Aufsatz bereits beendigt, als mir das Werk des Dr. Berton über Kinderkrankheiten (zweite Ausgabe) in die Hände kam, und ich die Genugthuung hatte, in demselben zwei Beobachtungen von *Gangraena oris* zu finden, welche, mit einigen Modifikationen, nach der von mir angegebenen Methode behandelt war; beide Kranke sind vollkommen geheilt worden, während 13 andere, von derselben Affektion ergriffene Kinder gestorben sind. Herr Berton schreibt diesen unglücklichen Ausgang verschiedenen Komplikationen und der grossen Jugend der betreffenden Kinder zu. Sollten sich aber die verschiedenen Resultate nicht durch die verschiedenen Behandlungsweisen erklären lassen? Herr Berton schweigt über diesen Punkt.

Der erste dieser beiden Fälle betrifft ein Kind von 10 Jahren, dessen Zahnfleisch aufgelockert, schwammig und blutend war, und zuletzt brandig wurde. Man verordnete eine zitronensaure Limonade, ein *Decoct. Chin.* mit einem Zusatz von Schwefelsäure, und Waschungen mit dem *Eau de Rabel;* ausserdem wurden die kranken Parthieen mit Chlorkalk und später mit *Liq. Hydrargyr. nitr. etc.* bestrichen. Unter dieser Behandlung erfolgte schnell vollständige Heilung. — Das zweite Kind, 13 Jahre alt, von derselben Krankheit ergriffen, wurde ganz auf dieselbe Weise behandelt, und eben so schnell und vollständig geheilt.

Der Lungenbrand kann unter drei verschiedenen Formen vorkom-
en: unter der Platten-, Kern- und diffusen Form.

Derselbe kann bei Kindern eben so gut heilen, wie bei Erwach-
nen; der Brandschorf wird alsdann von einer organisirten Pseudo-
embran umgeben und von den übrigen Geweben vollständig isolirt.

Oertliche Ursachen, wie die Pneumonie, Tuberkeln u. s. w., schei-
en auf die Erzeugung des Lungenbrandes keinen wesentlichen Ein-
uss zu haben; vielmehr scheint derselbe, wie jeder andere spontane
rand der Kinder, sich stets unter dem Einflusse allgemeiner Ursachen
ı entwickeln. Eine geschwächte, kachektische Konstitution, ungün-
ige hygieinische Verhältnisse, vorangegangene erschöpfende Krank-
eiten, können als die vorzüglichsten prädisponirenden Ursachen be-
achtet werden.

Die nächste Ursache des Lungenbrandes aber ist eine durch den
korbut, die Masern, oder den Scharlach bedingte Veränderung des
lutes, die sich während des Lebens durch verschiedene Hämorrha-
ieen, purpurrothe Flecke und Erweichung des Zahnfleisches, nach
em Tode aber durch Ekchymosen, Sugillationen und die vollkommen
üssige Beschaffenheit oder die Dissolution des Blutes charakterisirt,
nd höchst wahrscheinlich in einer Verminderung des Faserstoffes und
ner vermehrten Alkaleszenz dieser Flüssigkeit besteht.

Bei der Behandlung des Lungenbrandes und des spontanen Bran-
es der Kinder überhaupt hat man in präservativer und therapeutischer
linsicht folgende Indikationen zu erfüllen: 1) Die geschwächte Kon-
itution der Kinder zu stärken, durch geeignete Vorsichtsmaassregeln
e vor dem Scharlach und den Masern zu schützen, und durch eine
rgfältige Vakzination oder Revakzination die Heftigkeit dieser Exan-
ıeme, wenn sie zum Ausbruch kommen, bis zu einem gewissen Punkte
ı beschränken; 2) die chemische Veränderung des Blutes, welche
ı Folge des Skorbuts und der genannten Exantheme eintritt, so schnell
ie möglich durch den inneren und äusseren Gebrauch der Säuren,
ntiseptischer und tonischer Mittel zu neutralisiren; 3) sobald sich
ymptome des Brandes zeigen, sei es nun in den Lungen oder am
lunde u. s. w., ohne Verzug die oben angegebene Behandlung einzu-
iten, unbeschadet der Mittel, welche etwa die örtliche Affektion er-
ordern möchte, wie die Kauterisation mit einer konzentrirten Säure,
Vaschungen, Injektionen, saure und antiseptische Gargarismen u. s. w.

Ueber die Geschwülste auf dem Kopfe neugeborener Kinder. Eine Vorlesung von Dr. Fleetwood Churchill in London.

Ich hatte diesen Gegenstand zu einer Vorlesung gewählt, die ich vor der *Obstetrical Society* zu Dublin gehalten. Ich handele darin von den Anschwellungen auf dem Kopfe Neugeborener, die sich entweder während der Geburt oder bald nach derselben bilden. Eine genaue Kenntniss dieser Geschwülste ist für die Diagnose der Kindeslagen, so wie in therapeutischer Beziehung von grosser Wichtigkeit.

Eine kurze historische Einleitung soll hier nur angedeutet werden. Der einzige englische Schriftsteller vor Anfang dieses Jahrhunderts, der die Kopfgeschwülste erwähnt, ist Moss. Er spricht in seiner Schrift über Kinderkrankheiten von „einer eigrossen Geschwulst, die sich zuweilen auf dem Kopfe des neugeborenen Kindes bald nach der Geburt bildet." Die Eröffnung dieser Geschwulst widerrieth er.

Dr. Burns in seinem geburtshülflichen Handbuche bemerkt: „Kinder können, namentlich nach einer schwierigen Entbindung, mit einer umschriebenen Kopfgeschwulst geboren werden. Diese scheint eine Flüssigkeit zu enthalten, und hat so zirkumskripte harte Ränder, dass einer, der zum ersten Mal einen solchen Fall sieht, glauben könnte, dass der Knochen fehle." Auch dieser Schriftsteller empfiehlt, die Absorption der Flüssigkeit durch stimulirende Fomentationen zu befördern. Diese Beschreibung könnte den Studirenden verleiten, die gewöhnliche Geschwulst für eine Hämatocele zu halten, was aber sehr selten ist.

Von den Monographieen über diesen Gegenstand ist besonders die des Dr. Black im *Edinburgh Medical and Surgical Journal*, Jan. 1841, pp. 112, 125 zu erwähnen.

Bei den älteren französischen Autoren findet sich zwar die gewöhnliche Anschwellung hier und da erwähnt; die wichtigeren Formen scheinen indess ihrer Beobachtung entgangen zu sein. Dies gilt z. B. von Levret. Baudelocque aber und einige seiner Schüler sprechen über die Blutgeschwülste, wenn auch noch nicht mit der gebührenden Genauigkeit.

In Deutschland war Michaelis im Jahre 1804 der erste, welcher jene wichtige Klasse von Geschwülsten, die Naegele nachher als Cephalämata bezeichnete, untersuchte und sorgfältig beschrieb. Naegele selbst veröffentlichte seine trefflichen Beobachtungen über diesen

Gegenstand 1811, und setzte namentlich den diagnostischen Werth der Anschwellungen mit solchem Scharfsinne fest, dass die neueren Abhandlungen fast alle mehr oder weniger Abschriften davon sind.

Nach dieser kurzen historischen Skizze will ich zuerst versuchen, den Werth dieser Geschwülste in Bezug auf Bestimmung der Kindeslagen festzusetzen. Dies soll mit so wenigen Worten wie möglich geschehen, und ich werde sodann die Pathologie und Behandlung derselben ausführlicher abhandeln.

Nach dem Ausflusse des *Liq. amnii* tritt der Kindeskopf in unmittelbaren Kontakt mit dem Mutterhalse; er schliesst den erweiterten Muttermund, dessen Ränder, je nach dem Widerstande, den sie leisten, einen stärkeren oder geringeren Druck auf die Kopfhaut ausüben. Ist dieser zirkelförmige Druck nun beträchtlich, so muss er nothwendigerweise die Zirkulation in den Gefässen der Kopfhaut unterbrechen, und man bemerkt dann nach einiger Zeit, dass der so eingeschlossene Theil derselben anschwillt und mehr oder weniger Spannung zeigt; untersuchen wir nun den Kopf nach der Geburt des Kindes, so bemerken wir an dieser Stelle eine Geschwulst von verschiedener Grösse und Dichtigkeit. Dieser Geschwulst haben deutsche Autoren, ohne auf ihre Pathologie Rücksicht zu nehmen, den Namen *Caput succedaneum* beigelegt.

Da man nun den Kindestheil, der sich im Muttermunde zeigt, den „vorliegenden" zu nennen pflegt, und da die Geschwulst durch den Druck des Muttermundrandes gebildet wird, so kann kein Zweifel sein, dass die Lage der Geschwulst die Kopflage anzeigt; da ferner bei den verschiedenen Lagen des Kopfes die Lage der Geschwulst variirt, während sie sich selbst nicht verändert, so lässt sich durch sie auch die Position bestimmen, wenn man sich einmal mit ihrer Lage in jeder Position bekannt gemacht hat.

Die verschiedenen Lagen der Geschwulst sind zuerst von Naegele, seitdem auch von neueren Schriftstellern Englands und des Kontinents mit der grössten Genauigkeit bestimmt worden, und ich schicke, ehe ich die erhaltenen Resultate kurz mittheile, nur zwei Bemerkungen voraus: 1) dass die Grösse der Geschwulst in geradem Verhältnisse zum Umfange und Druck der Oeffnung, durch welche der Kopf herabsteigt, steht, und 2) dass die primäre Anschwellung (wie bereits erwähnt worden) durch den Muttermund gebildet wird; dass aber auch eine zweite, wenn ich mich so ausdrücken darf, supplementare Geschwulst eine Folge des Aufenthalts und der Kompression der Vaginal-

mündung sein kann. Ist der an dieser Stelle vorliegende Theil derselbe wie am Muttermunde, so wird sich die Geschwulst bloss vergrössern; hat sich aber die Stellung des Kopfes seitdem verändert, so wird sich die Geschwulst nach der einen oder anderen Richtung hin ausdehnen, entsprechend dem Theile, der von der Vaginalmündung umfasst wird.

In der ersten Position liegt der Kopf im linken schiefen Durchmesser des Beckens, die hintere Fontanelle gegen das linke Acetabulum hin gerichtet; der Muttermund umfasst einen Theil des rechten ***Tuber parietale*** und den über demselben liegenden Knochen bis zur Nath, und in dieser Lage finden wir die primäre Geschwulst, die durch den Druck der Vaginalöffnung in der Regel sich nach hinten ausdehnt, und ein noch grösseres Stück des ***Tuber parietale*** umfasst.

In der zweiten Position wird die Geschwulst an derselben Stelle nur auf dem linken Scheitelbeine gebildet.

In der dritten Position fand ich die Primäranschwellung mehr nach vorn gerückt, dem vorderen Winkel des linken Scheitelbeins näher als dem hinteren; aber entsprechend dem Uebergange aus der dritten in die zweite Position, welche der Kopf bei seinem Durchgange durch die Beckenhöhle annimmt, dehnt sich die sekundäre Anschwellung nach hinten über den grösseren Theil des Tuber und den oberen und hinteren Theil des Scheitelbeins aus.

So bildet sich in der vierten Position die primäre Geschwulst vor dem Tuber, breitet sich aber an der Vaginalmündung weiter nach hinten aus.

In der ersten Position der Gesichtslage, nämlich wo das Vorderhaupt gegen das linke Darmbein gerichtet, „bildet sich", sagt Naegele, „eine Anschwellung zuerst auf dem oberen Theile der rechten Gesichtshälfte, welche in dieser Art der Gesichtslage immer am niedrigsten liegt." Wenn aber die dritte Geburtsperiode langsam verläuft, so wird, wie man nach der Geburt bemerkt, die untere Parthie der rechten Gesichtshälfte, d. h. ein Theil der rechten Wange, der Hauptsitz der Anschwellung.

In der zweiten Gesichtslage, — der Vorderkopf gegen das rechte Darmbein gerichtet, — wird die linke Gesichtshälfte der Sitz der Geschwulst, oder wenigstens der Röthe, welche sie andeutet; die primäre Anschwellung nimmt den oberen, die sekundäre den unteren Theil ein. Ich muss hier bemerken, dass die Lage der Geschwulst bei vorliegendem Antlitz in der Regel durch einen rothen Fleck (eine

Folge des Drucks), seltener durch eine eigentliche Anschwellung angedeutet wird.

Bei den Steisslagen zeigt sich wie bei den Kopflagen die Geschwulst der Kopfbedeckungen vorzugsweise an der Stelle, die während des Durchganges durch das Becken am tiefsten liegt; also bei der ersten Steisslage, wo der Rücken des Kindes nach vorn gerichtet ist, an der rechten, in der zweiten Steisslage, an der linken Hinterbacke.

Diese kurze Skizze wird, wie ich glaube, schon dem angehenden Arzte zeigen, wie wichtig die genaue Kenntniss der Lage der Geschwulst ist, um den vorliegenden Theil und die verschiedenen Positionen des Kindes richtig zu bestimmen. Das durch die Untersuchung mit dem Finger vor der Geburt erhaltene Resultat kann ungenau sein, verschiedene Umstände können es trüben; wenn aber dasselbe nach der Geburt mit der Lage der Geschwulst verglichen wird, so wird dadurch unsere Diagnose entweder bestätigt oder berichtigt werden.

Ich wende mich nun zur Untersuchung dieser Geschwülste selbst, in Bezug auf ihre Natur, Ursachen und Behandlung, wobei sich herausstellen wird, dass sie keineswegs immer so einfach oder gleichförmig sind, als man vermuthen könnte. Die einfachen sind allerdings bei weitem die häufigsten, und nur selten kommen uns die sogenannten Cephalämata vor. Ich selbst habe eine geraume Zeit hindurch jede Gelegenheit, diese Geschwülste zu untersuchen, benutzt, und werde nun die eigenen Erfahrungen mit denen der Autoren, aus deren Werken ich mir Rath erholt, zu verbinden suchen.

1. Die einfachste und am häufigsten vorkommende Geschwulst besteht, wenn sie geöffnet wird, aus gelblichem Serum, welches unter die äussere Haut des Kopfes, in sehr seltenen Fällen auch unter das Perikranium ergossen ist. Die Haut bewahrt ihre gewöhnliche Derbheit, und sowohl Knochen als Beinhaut befinden sich im Zustande vollkommener Integrität.

Die Geschwulst bildet sich während des Durchgangs des Kindeskopfes, und nimmt nach der Geburt nicht an Umfang zu. Sie wird bloss durch den Druck des Muttermundes und der Vaginalmündung hervorgebracht. Diese Art von Anschwellung erfordert gar keine Behandlung, da sie sehr bald nach der Geburt ihre eigenthümliche Form verliert, und nach 24 Stunden oft gänzlich verschwindet. Geschieht

dies nicht, so wird ein stimulirender Umschlag ihre Zertheilung befördern.

2. Zuweilen besteht die Geschwulst nicht aus einfachem Serum, sondern aus einer serös-blutigen Flüssigkeit, wahrscheinlich die Folge eines stärkeren Drucks, oder einer leichteren Zerreissbarkeit der Blutgefässe. In solchen Fällen finden wir die Kopfhaut ungewöhnlich vaskulös, kleine Ekchymosen an ihrer Oberfläche, besonders an ihrer inneren. In einigen Fällen habe ich auch kleine Blutaustretungen auf der Beinhaut und der Oberfläche des Schädels beobachtet, wobei aber der Knochen selbst ganz gesund war.

Auch die meisten dieser Fälle bedürfen keiner besonderen Behandlung, höchstens der Applikation eines spirituösen Foments; doch sahe ich ein paar seltene Beispiele, wo die Geschwulst in Entzündung, Ulzeration oder Abszessbildung überging. Solche Folgen treten besonders dann ein, wenn Gewaltmittel angewendet worden sind.

Finden wir eine beginnende Entzündung, oder bleiben die spirituösen Fomentationen ohne Erfolg, so thut man am besten, einen weichen warmen Breiumschlag wiederholt aufzulegen. Dieselbe Behandlung eignet sich auch in Fällen von Ulzeration, wenigstens im Anfange; später kann man dann zu gelind reizenden Salben und Verbandwässern übergehen.

Wenn sich ein Abszess bildet, so ist es am gerathensten, den Eiter durch eine tiefe Inzision schnell zu entleeren, und dann Breiumschläge zu machen. Glücklicherweise sind Fälle dieser Art sehr selten.

3. Die dritte Varietät der Geschwulst ist die blutige, oder das Cephaläma, wie sie von Naegele und Anderen genannt wird. Der erste Schriftsteller, welcher diese Geschwülste genau beschrieb, war Michaelis; diesem folgten Naegele, Zeller, Hoere, Schwarz, Goelis, Osiander, Chelius, Henke, Rau, Moscati und Paletta, und mit Benutzung der durch die genannten Autoren veröffentlichten Thatsachen, wurden die Abhandlungen von Pigne und Dubois geschrieben. Halmagrand und Velpeau haben auch die vor ihnen gewonnenen Resultate durch eigene Beobachtungen bereichert. Bei weitem aber die beste Schrift über diesen Gegenstand, aus welcher ich einen grossen Theil der hier mitgetheilten Thatsachen geschöpft habe, ist die des Dr. Valleix, ehemaligen Interne am *Hôpital des Enfans trouvés* zu Paris.

Die einfachste und allgemeinste Eintheilung dieser Geschwülste,

welche ihrem Wesen nach dieselben sind, richtet sich danach, ob das Blut unmittelbar unter der Kopfhaut, unter dem Perikranium, oder innerhalb der Schädelknochen angesammelt ist. Chelius und Hoere beschreiben Fälle, in denen der Erguss in die Diploë der Schädelknochen stattgefunden hatte.

1. *Cephalaema subaponeuroticum.* Dies ist die einfachste, aber offenbar nicht die gewöhnlichste Form der Blutgeschwülste, da unter 500 neugeborenen Kindern Valleix sie nur zwei Mal beobachtete, und weder Naegele noch Zeller ihrer Erwähnung thun. Beschrieben ist sie von Baudelocque, Velpeau, Dubois. Das Blut befindet sich hier unmittelbar unter den Schädelbedeckungen. Diese Form entsteht wahrscheinlich durch die Geburtsanstrengungen, zuweilen auch durch äussere Gewalt. In den meisten Fällen zertheilt sie sich schnell.

2. *Cephalaema subpericranicum.* Dies scheint die gewöhnlichste Form der Blutgeschwülste zu sein, wenn sie auch im Allgemeinen selten vorkommt. Naegele sah in einer 20jährigen Praxis 17 Fälle, und es ist dies die einzige Art, welche er und Zeller beschreiben. Hoere hält sie für ziemlich häufig. Paletta fand unter einer grossen Menge von Kindern nur wenige Fälle. Baron schätzt ihr Vorkommen in dem Verhältniss von 1 : 500, und Dubois sah während einer Reihe von Jahren in der Maternité (wo 2500—3000 Kinder jährlich geboren werden) nur 6 Fälle. Velpeau spricht von 5 Fällen, und Valleix beobachtete sie in 5 Monaten im *Hôpital des Enfans trouvés* unter 1937 Kindern vier Mal, also im Verhältniss von 1 : 387; woraus sich ergiebt, dass die Berechnung von Baron wahrscheinlich nicht weit von der Wahrheit entfernt ist.

Die Mehrzahl der Schriftsteller ist der Meinung, dass die Geschwulst am hinteren oberen Winkel des rechten Scheitelbeins, d. h. nahe der Lage derselben in der ersten Position, ihren Sitz habe; wenn sie klein ist, soll sie über dem *Tuber parietale* und getrennt von demselben liegen. Zuweilen, aber nur in seltenen Fällen, sieht man sie auf dem linken Scheitelbein, und noch seltener an einer anderen Stelle. Gewöhnlich ist nur eine vorhanden, doch kommen auch zuweilen zwei vor, auf jedem Scheitelbein eine, die dann durch die Pfeilnath von einander getrennt werden. Naegele hat indess einen Fall beschrieben, wo eine grössere Anzahl derselben vorhanden war. Unter 6 von Valleix beobachteten Fällen lagen drei auf dem rechten Scheitelbein, zwei auf dem linken, und im 6ten Falle lag auf jedem Kno-

chen eine, ohne dass man, wie er ausdrücklich bemerkt, eine Kommunikation beider unter der Sutur wahrnehmen konnte.

Die Grösse dieser Geschwülste variirt von der einer kleinen Nuss bis zu der einer das ganze Scheitelbein einnehmenden Geschwulst. In dem Falle einer doppelten Geschwulst, den Valleix beschreibt, hatten beide die Grösse eines Aprikosenkerns; in zwei anderen Fällen bedeckten sie $\frac{3}{4}$ des Scheitelbeins.

Wir haben keinen Beweis dafür, dass diese Geschwülste vor der Vollendung der Geburtsarbeit bestehen; wenn wir einige Stunden oder einen Tag nach der Geburt eine Untersuchung vornehmen, so finden wir eine kleine, etwas gespannte, fluktuirende Geschwulst; wenn wir vom Rande derselben nach Innen zu drücken, so können wir den Knochen deutlich fühlen. In seltenen Fällen haben die Hautbedeckungen eine dunkelrothe Farbe und sind etwas ödematös, und noch seltener bemerkt man eine pulsirende Bewegung in der Geschwulst, obwohl Naegele behauptet, zwei bis drei Fälle dieser Art beobachtet zu haben.

Die hervorstechendste Eigenthümlichkeit dieser Varietät ist aber ein knochiger Kreis, — „*cercle osseux, bourrelet osseux*", — welcher sich um das ergossene Blut herum bildet, und dasselbe einschliesst. Paletta hat denselben irrthümlicher Weise für den Rand einer Oeffnung im Schädel gehalten, und die Bildung der Geschwülste aus letzterer zu erklären gesucht. Der Knochen kann indess, wie Valleix bemerkt, ganz deutlich innerhalb jenes Knochenringes gefühlt werden, sobald man den Finger vom äusseren Rande nach innen gegen das Zentrum drückt. Michaelis behauptet, dass der Knochenring vom ersten Auftreten der Geschwulst an wahrgenommen werden könne, eine Behauptung, welche durch die Untersuchungen von Naegele, Zeller, Hoere und Andern, die mit der grössten Sorgfalt angestellt wurden, nicht bestätigt wird. Valleix sagt, dass er in den beiden einzigen Fällen, die er in einer frühen Periode beobachtete, den Knochenrand nicht auffinden konnte; in einem Falle hatte seine Bildung eben begonnen, und in einem 4ten hatte er noch nicht seine vollkommene Entwickelung erreicht. Wigand berichtet zwei Fälle, in denen man erst 24 Stunden nach der Geburt den Knochenring entdecken konnte, und Fortin spricht von einem Falle, in welchem unmittelbar nach der Geburt kein Ring zu bemerken war, der sich erst nach zwei Tagen ausbildete. Aus diesen Thatsachen dürfen wir schliessen, dass er im Bildungsstadium der Geschwulst noch nicht vor-

handen ist, sondern sich erst später entwickelt. Er ist dann sehr leicht durch das Gefühl aufzufinden, indem er die Geschwulst von allen Seiten umgiebt; es müsste dieselbe denn auf den Näthen ihren Sitz haben.

Die Geschwulst erreicht schnell ihre vollkommene Entwickelung, zuweilen innerhalb weniger Stunden, zuweilen erst in einem oder zwei Tagen; ihr Umfang ist zwar in verschiedenen Fällen auch sehr verschieden, aber Spannung, Abrundung, Elastizität und Fluktuation sind jederzeit sehr deutlich wahrnehmbar. Im Allgemeinen kann man sagen, dass die Farbe der Haut unverändert und weder durch Ekchymosen noch durch Oedem entstellt ist, obwohl Ausnahmen von der Regel vorkommen. Der Umfang der Geschwulst nimmt durch einen auf sie ausgeübten Druck nicht ab, auch bringt derselbe keinen Stupor, kein Koma, keine Konvulsionen hervor. Nach Valleix verträgt sich die Geschwulst vortrefflich mit der Gesundheit und dem Gedeihen des Kindes. Paletta behauptet, dass der Umfang der Geschwulst zunimmt, bis sie geöffnet wird; dem ist aber nicht so, sie kann sich nämlich so lange vergrössern, bis der Knochenring ausgebildet ist, mit diesem scheint aber die Grenze ihrer Ausbreitung gegeben zu sein.

Diagnose. Man hat diese Blutgeschwülste mit der *Hernia cerebri* verwechselt, und mit dieser Krankheit ist allerdings am leichtesten eine Verwechselung möglich. In diesen Fehler verfielen Ledran und Corvin, wie in der Folge durch Ferrand erwiesen wurde. Und doch sind die Hauptsymptome so deutlich ausgeprägt, denn im Cephalämatom entdeckt man immer Fluktuation, die im Hirnbruch nie wahrgenommen wird. Dagegen findet sich in diesem stets Pulsation, die im entwickelten Cephaläma niemals, im beginnenden nur in sehr seltenen Fällen vorkommt. Beim Hirnbruche kann man die Oeffnung im Schädel jederzeit deutlich fühlen, während man beim Cephalämatom bei einigermaassen sorgfältiger Untersuchung die Schädelknochen unter der Geschwulst durchzufühlen vermag. Nur in seltenen Fällen ist dies nicht möglich. Bei der Hernie ruft die Kompression Symptome des Hirndrucks hervor, nicht so beim Cephalämatom; endlich bildet sich Letzteres fast niemals auf den Suturen, die gerade am häufigsten der Sitz des Hirnbruches sind. In einem von Fried erzählten Falle bestand eine *Hernia cerebri* am Hinterhaupt, und eine Blutgeschwulst auf jedem Scheitelbein.

Wie Dubois bemerkt, hat eine Verwechselung der Blutgeschwulst mit dem *Hydrocephalus externus* nichts auf sich; die Unterscheidung von den wässerigen Kysten, welche Zeller erwähnt, wird durch

den Knochenring gegeben. Hoere erzählt einen Fall von *Fungus durae matris*, einer Krankheit, die indess bei Kindern so selten ist (wenn sie überhaupt jemals bei ihnen vorkommt), dass hier wohl schwerlich eine Verwechselung stattfinden kann.

Valleix erwähnt eines Abszesses der Kopfhaut, der von einem verdickten Zellgewebe umgeben war, so dass dadurch eine bedeutende Aehnlichkeit mit dem Knochenringe entstand, indess gab hier die Anamnese genügenden Aufschluss; ein Abszess bildet sich nie so schnell nach der Geburt, macht langsamere Fortschritte, ist irritabel und schmerzhaft, und der verdichtete Zellstoff bildet keine so harte Umgrenzung wie der beschriebene Knochenring.

Das gewöhnliche *Caput succedaneum* ist weicher, lässt beim Druck eine Grube zurück, zeigt keine Fluktuation, ist nicht so scharf umschrieben, hat keinen Knochenrand, und verschwindet schnell. Die unter der Aponeurose liegenden Cephalämatome bilden sich schneller aus, die Haut entfärbt sich, die Geschwulst ist zuweilen schmerzhaft, aber nicht zirkumskript, und entbehrt auch jenes Knochenringes. Dubois sah bei einem und demselben Kinde eine serös-blutige Geschwulst, eine andere, die unter der Aponeurose, und eine dritte, die unter dem Perikranium lag, wodurch natürlicher Weise die Diagnose ausserordentlich erschwert wurde.

3. *Cephalaema subcranicum.* Diese Varietät ist ausserordentlich selten. Hoere war der Erste, der sie beschrieb, und seitdem haben auch Moreau und Dubois jeder einen Fall berichtet. Baron behauptet, einige solcher Fälle gesehen zu haben, und Herr Padieu zeigte Valleix das Scheitelbein eines Kindes, welches der Sitz eines solchen Blutergusses war. Valleix fand die Duramater durch ergossenes Blut abgelöst, doch war letzteres nicht zirkumskript genug, um eine Geschwulst zu erzeugen.

Chelius und Andere behaupten, das Blut werde in die Diploë der Schädelknochen ergossen; Andere glauben, dass der Erguss an der äusseren oder inneren Fläche der harten Hirnhaut stattfinde.

Aetiologie. Es würde nutzlos sein, die Zeit mit der Aufzählung der verschiedenen Ursachen hinzubringen, denen man die Entwickelung dieser Geschwülste zugeschrieben hat. Ich hege keinen Zweifel, dass Herr Valleix in seiner Behauptung, dass sie vor der Geburt nicht bestehen, sondern das Produkt der bei der Entbindung angewandten Gewalt sind, vollkommen Recht hat. Der ringförmige Druck des Muttermundes wird, je nach dem Grade seiner Intensität,

entweder einfache Entfärbung der Haut, seröse Geschwulst, oder Bluterguss hervorbringen, dem sich beim unter der Beinhaut gelegenen Cephaläma ein unvollständiger Knochenring als sekundäre Bildung hinzugesellt.

Pathologie. Bei der Beschreibung der unter dem Perikranium befindlichen Cephalämatome werde ich mich auf die Resultate der Untersuchungen von Valleix beziehen, welche die bei weitem genauesten und vollständigsten sind, die wir besitzen.

Die Kopfhaut hat in der Regel ein natürliches Ansehen, obwohl Osiander und einige Andere von Röthung und livider Farbe derselben sprechen. Ihre Substanz ist stets unverletzt. Die Beinhaut behält ihre Durchsichtigkeit, und man kann durch sie hindurch die dunkle Farbe des ergossenen Blutes wahrnehmen. Dieffenbach spricht von einer Verdickung des Perikraniums, die auch von Valleix angegeben wird. Im Umkreise der Geschwulst adhärirt die Beinhaut am Knochenringe, ossifizirt aber niemals selbst; dies ist Valleix's Ansicht, obwohl Chelius eine Verknöcherung der Beinhaut selbst gefunden haben will. Nach Valleix befindet sich das ergossene Blut in einem Sacke, der von einer feinen Membran gebildet wird, die alle Charaktere des verdichteten Zellstoffs an sich trägt; um diese herum bemerkt man ein neues Gebilde, welches aus einer kartilaginösen Platte besteht, die 1''' bis $\frac{1}{2}$'' breit, und ungefähr $\frac{1}{2}$''' dick ist, sich aber nach aussen zu allmälig verdünnt. Sie liegt auf dem Knochen, lässt sich aber leicht von ihm trennen; fester adhärirt sie am Perikranium, unter dem sie liegt, lässt sich aber auch von diesem ablösen, wobei die Membran unverletzt bleibt. Auf der unteren Fläche dieser knorpeligen Platte zeigen sich hier und da Knochenpunkte.

Der Zustand des unter der Geschwulst gelegenen Knochens ist von verschiedenen Autoren verschieden angegeben worden. Michaelis und Paletta, welche die ganze Affektion von einem Knochenleiden abhängen lassen, glauben, dass die äussere Knochentafel nekrotisch, kariös und zerstört sei, und die zerrissenen Gefässe der Diploë die Hämorrhagie verursachen. Naegele, Zeller, Hoere, Valleix und Andere weichen von dieser Ansicht ab, und gründen die ihrigen auf Untersuchungen nach gemachtem Einschnitt und nach dem Tode. Valleix fand einen Theil der Oberfläche glatt, aber mit zahlreichen unregelmässigen Knochenstreifen bedeckt, die zwar sehr schwer davon trennbar, aber weder kariös noch destruktiv waren.

Der Knochenring umgiebt die Geschwulst immer vollständig, ausser

wenn sie nahe einer Sutur ihren Sitz hat; er besteht aus einer auf dem Knochen liegenden Leiste, die sich von jenem leicht ablösen lässt, worauf das Scheitelbein unverletzt zum Vorschein kommt. Der Knochenring zeigt verschiedene Grade der Konsistenz, je nachdem der Prozess der Ossifikation mehr oder weniger vorgerückt ist. Seine Dicke variirt in verschiedenen Fällen und an verschiedenen Stellen von einer halben bis zu einer und einer halben Linie.

Velpeau stellt nun nach Naegele folgende Sätze, den Heilungsprozess betreffend, auf:

1) Das abgelöste Perikranium verknöchert an seiner inneren Fläche.

2) In dem Grade, wie das ergossene Blut resorbirt wird, nähert sich die verknöcherte Beinhaut dem Knochen, und verschmilzt endlich mit demselben.

3) Nach 6 Monaten, selbst nach einem Jahre, können wir an der Stelle, wo die Geschwulst ihren Sitz hatte, noch eine Erhabenheit bemerken.

4) Bei Kindern, welche nach einem halben oder ganzen Jahre starben, fand Naegele beim Durchschneiden des Scheitelbeins, dass dies an der Stelle der Geschwulst bedeutend verdickt war. Valleix berichtet, dass in einem Falle der Knochenring sich nach innen allmälig ausdehnte, bis er fast den ganzen Umfang der Geschwulst einnahm; in demselben Grade verschwand die ergossene Flüssigkeit.

Ohne Kunsthülfe zertheilen sich die Geschwülste selten innerhalb 14 Tagen; sie können indess, obgleich dies nicht oft geschieht, verschwinden, ohne geöffnet zu werden; in der Mehrzahl der Fälle ist keine Gefahr vorhanden.

Behandlung. Ich habe bereits erwähnt, dass bei den einfachen Formen nichts weiter nöthig ist, als kalte Umschläge, oder spirituöse Fomentationen, es müsste denn Ulzeration oder Abszessbildung eintreten. Dieselbe Behandlung kann bei dem subaponeurotischem Cephalämа versucht werden, und wird in der Regel erfolgreich sein. Selbst die unter der Beinhaut liegenden Geschwülste können sich, wenn sie klein sind, nach Goelis, Rau, Halmagrand und Andern, zertheilen. Letzterer rühmt einen Umschlag von *Ammonium muriaticum* in rothem Wein aufgelöst. Andere empfehlen einfache kalte und spirituöse Fomentationen. Henschel rühmt die Kompression.

Schlagen aber diese Mittel fehl, und ist die Geschwulst sehr umfangreich, so ist es nöthig, sie zu eröffnen. Zu diesem Zwecke zogen Moscati und Paletta ein Haarseil durch die Geschwulst, um Eiterung

zu erregen, in der Voraussetzung, dass der Knochen mitleide. Goelis in Wien bewirkte einen Aufbruch an der Spitze der Geschwulst mittelst des *Lapis causticus*, und hoffte dadurch die Absorption zu befördern; er zitirt 32 Fälle, bei denen auf diese Weise die Heilung innerhalb 14 — 18 Tagen gelang; Zeller spricht seine Zweifel hierüber aus; dagegen reden Krukenberg und Schmidt der Gölisschen Methode das Wort. Löwenhardt empfiehlt die Punktion mittelst des Troikars. Bei weitem die einfachste Methode ist jedoch eine tüchtige Inzision mit dem Messer, je nach der Grösse der Geschwulst. Die Wunde wird mit Scharpie bedeckt (nach Chelius) oder auch mit einfachem Zerat verbunden; wenn das Blut entleert ist, kann auch eine Kompression mit Pflastern angewandt werden. Je einfacher der Verband, um so besser.

Schliesslich will ich noch bemerken, dass wir uns hüten müssen, den Einschnitt nicht in der Nähe einer der grossen Arterien der Kopfhaut zu machen. (*The Dublin Journal.*)

Klinische Untersuchungen über die tuberkulösen Affektionen des Gehirns und seiner Membranen bei Kindern, von Dr. Becquerel in Paris.

Die Entwickelung von Tuberkeln an irgend einer Stelle des Organismus, und wäre es nur ein einziges, ist die Folge einer allgemeinen Affektion. Dieser Grundsatz ist nicht ohne Einschränkung angenommen worden, und wenn sich bei Manchen noch ein Zweifel erhalten hat durch die ausschliessliche Beobachtung Erwachsener, so würde sie ein lange fortgesetztes Studium dieser Krankheit im Kinderhospitale gewiss überführt haben.

Besteht einmal die allgemeine Ursache, so richtet sie sich zuerst gegen die Lunge; hieraus erklärt sich das von Louis aufgestellte Gesetz, welches bei Erwachsenen nach dem funfzehnten Jahre seine Anwendung findet, dass allemal, wenn Tuberkeln in einem Organe vorhanden sind, sie sich auch in den Lungen vorfinden und gewöhnlich ein vorgerückteres Stadium erreicht haben.

In den zahlreichen tuberkulösen Affektionen des Gehirns, die ich unter Augen hatte, waren auch Tuberkeln an anderen Stellen des Körpers, und zwar in allen ohne Ausnahme, natürlich aber in sehr ver-

schiedenen Stadien vorhanden; bald nur gering an Zahl, bald in sehr grosser Menge, bald auf einer höheren Stufe der Entwickelung.

Das Auftreten der Tuberkeln im Gehirne und in dessen Häuten ist von einer Reihe organischer Erscheinungen, ganz ähnlich denen, die in anderen Organen vorgehen, begleitet; wir sehen in der That die tuberkulösen Produktionen bald vollkommen isolirt bleiben, bald hingegen in einem mehr oder weniger vorgerückten Stadium sich mit akuten oder chronischen Entzündungen, mit Erweichungen, Hämorrhagieen, grauen Verhärtungen verbinden. Diese Veränderungen sind jedesmal, nach dem Organe, in dem sie sich entwickeln, verschieden. Kurz, dieser Prozess zeigt, was im Gehirn und dessen Häuten mit den Tuberkeln vorgeht, und ist dem vollkommen analog, den man in den Lungen, in der Pleura und dem Peritonäum beobachtet.

Pathologische Anatomie.

Granulationen. Man bezeichnet mit dem Namen Granulationen weissliche oder weissgelbliche, runde, aber etwas unregelmässige kleine Körper, die sich ausschliesslich in der Piamater entwickeln, und von der Grösse eines kleinen weisslichen, kaum sichtbaren Punktes bis zu der eines Hanfkorns variiren. Im Beginn ihrer Entwickelung zeigt sich ein milchiger, opalisirender Fleck, der einen fast nicht wahrnehmbaren, in der Piamater sitzenden Punkt bildet, gewöhnlich längs des Verlaufes eines Gefässes, und oft an dem innern Blatte der Arachnoidea festsitzend.

Diese Flecke entwickeln sich allmälig und zeigen sich dann unter der Gestalt eines kleinen runden, abgeplatteten Hirsekornes. Sie sind dann weisslich, und in ihrer chemischen Zusammensetzung dem koagulirten Eiweiss ähnlich; übrigens sind sie nicht organisirt.

In einem ausgebildeteren Grade bilden sie kleine Körner, höchstens sind die stärksten von der Grösse eines Hanfkorns; sie sind rund, aber unregelmässig, weissgelblich und zerreibbar; ihre Struktur und chemische Zusammensetzung ist der der Lungentuberkeln im Stadium der Kruditát ähnlich.

Die Granulationen der Piamater scheinen von selbst einer grossen Entwickelung nicht fähig zu sein. Wenn man grössere zu finden glaubt, so muss man sie aufmerksam prüfen, denn sehr wahrscheinlich entstehen diese durch Vereinigung mehrerer unter einander.

Die stärksten finden sich gewöhnlich in der Piamater, die sich zwischen die Gehirnwindungen hinein fortsetzt, und wenn diese Membran

nicht verändert ist, kann man sie leicht in die Höhe heben, da sie an die Gehirnsubstanz nicht adhärirt.

Haben die Granulationen einmal die beschriebene Grösse erreicht, so können sie isolirt bleiben, aber sehr oft vereinigen sich mehrere unter einander. Dieses Zusammenkleben kann nur durch den Einfluss einer geringen chronischen Entzündung (Verdickung und Induration der Piamater) der sie umgebenden und einhüllenden Membran zu Stande kommen; es müssen auch mehrere Granulationen neben einander bestehen.

Die tuberkulöse Natur der Granulationen ist noch nicht von allen Aerzten angenommen worden; doch kann man sich hierbei auf folgende Gründe stützen:

1) In der Piamater beobachtet man den Uebergang der kaum sichtbar werdenden Granulationen in andere grössere und in wahre Tuberkeln.

2) Die akuten und chronischen Alterationen, die sich in ihrer Umgebung entwickeln, sei es in den Gehirnhäuten oder in der Piamater, sind denen ähnlich, die sich um die eigentlichen Tuberkeln ausbilden.

3) Sie entstehen nur bei tuberkulösen Individuen und sind ziemlich oft mit Tuberkeln an irgend einer Stelle der Gehirnsubstanz verbunden.

Das Aeussere, die chemische Zusammensetzung der grössten Granulationen stimmen vollkommen mit denen der rohen Tuberkeln überein.

Der häufigste Sitz der Granulationen ist die *Fossa Sylvii.* Trifft man sie auch an anderen Stellen, so findet man sie sehr häufig auch an dieser Stelle der Piamater; indessen ist dies nicht nothwendig. Ferner sitzen sie sehr oft an der oberen und äusseren konvexen Fläche der beiden Hemisphären, besonders in der Nähe der *Fossa Sylvii,* dann nehmen sie die innere, der *Falx cerebri* entsprechende Fläche der Hemisphären, den mittleren Theil der *Basis cerebri,* die seitlichen Theile derselben, die obere Fläche des kleinen Gehirns und die *Plexus chorioidei* ein. Der häufigste Sitz der agglomerirten Granulationen und der Tuberkeln der Piamater ist das obere Ende der *Fossa Sylvii,* die Konvexität der beiden Hemisphären, ihre innere Fläche. Nichtsdestoweniger kann man sie überall antreffen. Bald sind die Granulationen nicht sehr zahlreich, bald finden sie sich nur an einer Stelle; manchmal sind sie zerstreut, in anderen Fällen findet man sie

überall in grosser Menge und von verschiedenen Alterationen des Gewebes, mit dem sie in Verbindung stehen, begleitet.

Tuberkeln der Gehirnsubstanz. Diese gleichen in jeder Hinsicht, in Betreff ihrer Struktur und ihrer chemischen Zusammensetzung, denen anderer Organe. Im Stadium der Kruditát unterscheiden sie sich nur durch eine geringe abweichende Färbung; sie sind von einer zeisiggelben Farbe, die etwas ins Grüne spielt. Ich kann diese Verschiedenheit nicht erklären. Ihre Grösse variirt von der einer kleinen Erbse bis zu einer viel bedeutenderen; sie kann enorm werden und fast die ganze Ausdehnung eines der Organe des Gehirns einnehmen, so den ganzen Pons oder fast das ganze kleine Gehirn. Sie sind gewöhnlich von runder Form, aber ziemlich unregelmässig. Bald sind sie ganz homogen, bald bestehen sie aus der Vereinigung und Verklebung einer gewissen Anzahl sehr kleiner Tuberkeln.

Sind die durch Agglomeration gebildeten Tuberkeln nahe der Oberfläche des Gehirns gelegen, so muss man aufmerksam untersuchen, ob es nicht Tuberkeln der Piamater sind, die sich allmälig in die Gehirnsubstanz eingesenkt haben.

Bisweilen gehen diese Tuberkeln in Erweichung über; gewöhnlich beginnt diese, in den seltenen Fällen, wo sie stattfindet, im Zentrum. Die Tuberkeln entwickeln sich sowohl in der weissen als in der grauen Substanz; man hat sie in allen Theilen des Gehirns gefunden.

Sekundäre Veränderungen, die als Folge der Tuberkeln der Piamater und der Gehirnsubstanz angesehen werden können.

Das Studium dieser krankhaften Zustände ist von dem grössten Interesse, denn sie sind so häufig und spielen durch die Symptome, die sie hervorrufen, oder durch die Modifikationen, die sie zu denen, die schon vorhanden waren, hinzufügen, eine so grosse Rolle, dass ihre Beschreibung nicht davon getrennt werden kann.

Veränderungen im Umkreis der tuberkulösen Massen. In der Piamater sind sie akut; es sind diejenigen Veränderungen, die dann die anatomischen Charaktere der akuten Meningitis bilden, oder chronisch, das ist die chronische Meningitis. In beiden Fällen entwickeln sie sich fast ausschliesslich um die Granulationen oder Tuberkeln der Piamater; in einigen Ausnahmefällen indessen zeigen sie sich an anderen Stellen. Zu den akuten Veränderungen rechnet man:

1) blutigen Erguss, 2) eine leichte Verdickung der Piamater mit rother Färbung, 3) Infiltration der Piamater mit trübem Serum, 4) Infiltration von Eiter, 5) Verdickung der Piamater mit grauer, gelber und grünlicher Färbung, aber mit Zerreiblichkeit dieser Membran. Diesem Zustande liegt eine längere Dauer als den vorhergehenden zu Grunde.

Hiermit sind bisweilen Adhärenzen zwischen den beiden Blättern der dem veränderten Theile entsprechenden Arachnoidea verbunden, und manchmal auch Ergüsse von klarem und durchscheinendem Serum in die Piamater.

Zu den chronischen Veränderungen gehört: 1) Verdickung der Piamater mit Verhärtung, aber keine vollkommene, sie ist noch undurchsichtig, körnig; 2) eigentliche Induration mit graulicher, weisslicher oder graugrünlicher Färbung.

Veränderungen, die ihren Sitz in der Gehirnsubstanz haben. Das Gehirn kann vollkommen gesund bleiben, wie auch die Veränderungen in der Piamater und die in der grauen und weissen Substanz entwickelten Tuberkeln beschaffen sein mögen; aber oft ist es auch affizirt.

Es finden sich Adhärenzen, Erweichung der umgebenden Theile ohne Veränderung der Farbe, Erweichung mit punktirter Röthe, Erweichung mit gelber Färbung, entweder mit rothen, injizirten Punkten untermengt oder nicht, Erguss von Blut in die mit der verhärteten Piamater in Verbindung stehenden Theile.

Was ist das Wesen dieser Erweichungen? Wir können hier die von meinem Kollegen Durand-Fardel in seiner Thesis aufgestellten Sätze zu Hülfe nehmen, deren Hauptinhalt folgender ist:

1) Die einfache blutige Infiltration des Gehirns (*Apoplexia capillaris* vieler Schriftsteller) ist selten von Erweichung begleitet, sondern weit öfter dauert die normale Konsistenz fort, oder es tritt sogar Verhärtung der infiltrirten Stelle ein.

2) Die gelbe Färbung der weissen Substanz ist das fast nothwendige Zeichen von Vorhandensein von Blut zu einer früheren Zeit und in demselben Gewebe.

3) Wenn man bei der Sektion eine blutige Infiltration mit einem gewissen Grade von Erweichung antrifft, so hat man es sehr wahrscheinlich mit einer Encephalitis im ersten Stadium zu thun, im zweiten würde eine Erweichung mit grünlicher Färbung stattfinden.

4) Die Erweichung ist akut oder chronisch; bei der akuten zeigt sich rothe Färbung im Anfang, dieselbe kann verschwinden, und man

findet nur eine einfache Verminderung der Konsistenz; bei der chronischen findet nur Erweichung der Gehirnsubstanz ohne Färbung statt.

Diese Erweichungen sind mit einigen Ausnahmen nach Durand-Fardel fast immer entzündlicher Natur.

Mit Benutzung dieser Angaben und der früheren Kenntnisse, die man über diesen Gegenstand besass, kann man Folgendes feststellen:

Die Tuberkeln des Gehirns und seiner Häute und die Veränderungen der letzteren sind eine fortwährende Ursache von Reizung. Diese Ursache kann ohne bemerkbare Wirkung für die pathologische Anatomie bleiben, obwohl sie indessen zu funktionellen Störungen Anlass giebt. Sie kann sich bis auf Störungen der Zirkulation (Entzündung und Hämorrhagieen) ausdehnen, die isolirt bleiben, oder zusammen verlaufen können.

Als Produkte von Entzündung betrachte ich die Adhärenzen der tuberkulösen Massen mit der Marksubstanz des Gehirns, die Erweichungen mit rother Färbung, die Erweichungen mit gelber Färbung, mit der Einschränkung, dass es noch nicht vollkommen und positiv meiner Meinung nach bewiesen worden, dass die Färbung ein Zeichen von dem Vorhandensein von Blut zu einer früheren Zeit in demselben Gewebe sei.

In Betreff der Erweichungen ohne Veränderung der Farbe lässt ihre Uebereinstimmung, der Umstand, dass man in manchen Fällen sie antrifft, in anderen die anderen Arten, in einigen die Verbindung dieser unter einander, ihr oft chronischer Zustand schliessen, ohne dass es jedesmal positiv bewiesen wäre, dass sie entzündlicher Natur sind.

Was die Hämorrhagieen anbetrifft, so glaube ich nicht, dass sie sich entwickeln könnten, ohne dass irgend eine dieser Arten von Erweichung vorangegangen ist.

Die tuberkulösen Ablagerungen in der Piamater und im Gehirn können sekundäre Veränderungen in anderen Theilen der Nervenzentra als mit denen sie in Verbindung stehen, erzeugen. Ich nehme zwei Arten an: blutige Kongestion und serösen Erguss in die Ventrikel (***Hydrocephalus acutus*** der Alten).

Diese beiden Zustände tragen gewiss in einigen Fällen zur Erzeugung des komatösen Stadiums der Krankheit bei, aber dieses letztere tritt auch ohne sie auf.

Die Gehirnsubstanz ist mit einer bemerkenswerthen hygrometrischen Eigenschaft begabt; der Erguss kann resorbirt werden, und man findet ihn bei der Sektion nicht.

Dem Ergusse in die Gehirnventrikel kann eine mechanische Ursache zu Grunde liegen, auf die Barrier, mein Kollege, zuerst aufmerksam gemacht hat. Er führt zwei Fälle von *Hydrocephalus chronicus* in Folge von Tuberkeln im kleinen Gehirn an, die die rechten Sinus und die *Vena Galeni* in ihrem Verlaufe komprimirten, und besonders da, wo sie in diesen Sinus einmündet.

Formen und Stadien der Tuberkelbildung.

1) In Hinsicht auf das Stadium, welches die in anderen Organen als in der Schädelhöhle vorhandenen Tuberkeln erreicht haben, kann man anführen, dass man in den tuberkulösen Affektionen des Gehirns mit akuter Meningitis (Granulationen der Piamater) verschiedentlich nicht sehr zahlreiche, wenig vorgeschrittene, oder im Gegentheil sehr weit vorgeschrittene Tuberkeln findet. In den tuberkulösen Affektionen mit chronischer Meningitis (besonders Granulationen der Piamater), so wie in den eigentlichen Gehirntuberkeln, ist es viel seltener, in anderen Organen wenig fortgeschrittene Tuberkeln zu finden; sie sind es hingegen viel mehr als die in der Schädelhöhle bestehenden.

2) In Hinsicht auf die Form, unter welcher sich die Tuberkeln anderer Organe zeigen, muss man als allgemeine Thatsache hinstellen, dass in den Fällen, wo tuberkulöse Granulationen in der Piamater bestehen, die Tuberkelbildung allgemein unter der miliären Form, die in einer gewissen Zahl von Organen zugleich stattfindet, ungleich häufiger als bei anderen Zuständen auftritt.

Symptomatologie.

Ich muss hier mehrere Abtheilungen machen und zuerst die einfachsten Fälle durchnehmen, um dann zu den zusammengesetzten überzugehen, d. h. zu der Kombination mehrerer zusammen.

1) Es sind an verschiedenen Stellen der Piamater, sowohl an der Basis, als an der Konvexität und in den Spalten, Granulationen vorhanden, aber keine Spur von Entzündung hat sich um dieselben entwickelt.

Mehrere Zustände können stattfinden. Sie rufen kein Symptom hervor, das ein Leiden des Nervensystems anzeigt, und man beobachtet nur die Erscheinungen von vorhandener Tuberkelbildung in den Lungen und im Unterleibe. Dies ist besonders der Fall, wenn diese Granulationen sich langsam entwickeln.

Es finden einige vage nervöse Symptome statt, so Kopfschmerz, dessen Sitz, Heftigkeit und Dauer variirt, einige Anfälle von Konvul-

sionen, eine Veränderung im Charakter; das Kind wird traurig, missmüthig; doch muss man sich hüten, zu zuverlässig aus diesem Benehmen einen Schluss zu ziehen, denn es kann mit der Entwickelung jeder krankhaften Affektion bei Kindern, besonders wenn die Krankheit chronisch ist, verbunden sein.

Es entwickeln sich alle Symptome der Krankheit, die man *Meningitis tuberculosa, granulosa,* genannt hat, und dennoch zeigt sich keine Spur von akuter oder chronischer Entzündung in der Piamater. Dieser Fall ist selten, doch habe ich Beispiele davon beschrieben.

Was ist nun die Ursache dieser eigenthümlichen Erscheinung? Man muss ohne Zweifel annehmen, dass bei jungen, leichter empfänglichen Individuen, oder wohl wahrscheinlicher in Folge einer rascheren Entwickelung, die Granulationen auf die Gehirnsubstanz reizend einwirken, so wie es durch eine entzündliche Alteration geschieht, und dass daher dieselbe Reihe von Symptomen sich in dem einen wie in dem anderen Falle entwickeln.

2) Es sind Granulationen in der Piamater vorhanden, und entweder um diese oder an anderen Stellen erzeugen sich akut entzündliche Zustände, wie Kongestion, Infiltration mit trübem Serum und Eiter, Verdickung mit Kongestion oder eitriger Infiltration.

Dies sind diejenigen Fälle, die alle Symptome, durch welche sich die akute *Meningitis granulosa* oder *tuberculosa* charakterisirt, hervorrufen; ich werde dieselben nicht beschreiben, da dies eins der bekanntesten Kapitel des hier abzuhandelnden Gegenstandes ist, und auch zuviel Raum erfordern würde. Anführen müssen wir, dass diese akute Meningitis sich mit allen anderen tuberkulösen Affektionen des Gehirns kompliziren und dann den tödtlichen Ausgang beschleunigen kann.

3) Es sind Granulationen in der Piamater vorhanden, und entweder in deren Umkreis oder an anderen Stellen, chronische Entzündungen der Piamater, wie Verdickungen, Verhärtungen, Adhärenzen, Infiltration von grauer halb durchsichtiger Materie.

Oft, wenn diese Alterationen sich langsam entwickeln, giebt kein Symptom über ihr Vorhandensein Aufschluss; hier erklärt ihr chronischer Verlauf allein, wie ich glaube, diesen Mangel der Symptome.

Dieser Fall ist gewiss der häufigste. Man muss hier immer auf einen sehr wichtigen Befund Rücksicht nehmen, wenn man die Sektion eines an *Meningitis tuberculosa acuta* gestorbenen Kindes macht; man findet nämlich sehr häufig Verhärtungen der Piamater,

und Veränderungen, die sich schon von früherer Zeit herschreiben. Diesen darf man nicht die Symptome, die den Tod herbeigeführt haben, zuschreiben, und die Analyse der während des Lebens beobachteten Erscheinungen zeigt, dass, während des Auftretens der akuten Symptome, deren Dauer kurz gewesen war, kein anderes Symptom die alten entzündlichen Veränderungen verrathen hatte.

Diese chronisch entzündlichen Alterationen können einige nervöse Symptome zur Folge haben, die aber im Allgemeinen nicht deutlich ausgesprochen, wechselnd, veränderlich und variabel sind, und die, selbst durch diese veränderlichen Charaktere, die Alteration der Piamater diagnostiziren lassen; dies sind ein habitueller, oft unregelmässiger Kopfschmerz; Strabismus oder einige Störungen im Sehvermögen, zumal wenn die Alteration die Basis einnimmt und in der Nähe der Sehnerven gelegen ist; unregelmässige Konvulsionen, deren Sitz und Heftigkeit variirt; habituelle Somnolenz; gelindes, wechselndes Delirium; Abnahme der intellektuellen Fähigkeiten, Veränderung im Charakter, der trübsinnig, traurig, missmüthig und bisweilen boshaft wird. Man hat in einigen Fällen eine chronische Induration der Piamater von tuberkulöser Beschaffenheit auf eine einzelne Stelle beschränkt gesehen, die Symptome auf einer Seite hervorrief.

Wenn sich zu den chronischen tuberkulösen Verhärtungen der Piamater Erweichung der Gehirnsubstanz, die mit ihr in Berührung steht, hinzugesellt, so können mehrere Fälle eintreten:

1) Es entwickelt sich kein Symptom, oder wenn eins vorhanden, so treten keine neuen hinzu.

2) Es entwickelt sich eine Lähmung oder Kontraktur in den Gliedern der entgegengesetzten Seite.

3) Es treten Symptome einer akuten Meningitis ohne Erscheinungen, die auf eine Seite beschränkt sind, auf; dies wird besonders der Fall sein, wenn die Verhärtungen und die sie begleitende Abnahme der Konsistenz auf beiden Seiten stattfindet, z. B. beide *Fossae Sylvii* einnimmt.

Der komatöse Zustand und die Symptome von Erguss in die Ventrikel können auftreten, wenn diese Komplikation sich entwickelt.

T u b e r k e l n d e r G e h i r n s u b s t a n z. 1) Wenn die Gehirntuberkeln, ohne von Erweichung der Gehirnsubstanz, oder ohne von Granulationen oder entzündlichen Affektionen der Piamater begleitet zu sein, sich entwickeln, so geschieht es am häufigsten, um nicht zu sagen fast immer, bei Kindern, dass keine nervösen Symptome, die

auf die Spur führen, und ihr Dasein verkündigen könnten, beobachtet werden.

2) Sie können Symptome hervorrufen, die sich in den Extremitäten der entgegengesetzten Seite äussern, entweder Konvulsionen, oder Kontrakturen, oder Lähmung.

Warum bald diese, bald jene auftreten, kann ich nicht erklären, und die Ursache wird wahrscheinlich noch lange Zeit unbekannt bleiben.

In einigen Fällen könnte es scheinen, dass die Symptome von gestörter oder ganz aufgehobener Bewegung in den Extremitäten derselben Seite stattfinden; aber man findet fast immer eine Erklärung dafür; so war der *Thalamus opticus* der einen Seite durch ein in dem der entgegengesetzten gelegenes Tuberkel fast ganz zerstört.

3) Die eben erwähnten Symptome sind von den verschiedenen Arten von Erweichung, die in der mit den Tuberkeln in Verbindung stehenden Gehirnsubstanz entstehen können, abhängig. Ich sehe hier ab von den der *Meningitis acuta* oder *chronica* angehörigen Symptomen, die, wie schon gesagt, sich mit den obigen kompliziren können.

4) Sie können auch von einem Erguss in die Ventrikel herrühren, der eine Folge der Tuberkelentwickelung ist.

Ich habe schon mehrere Male von der Erweichung der Gehirnsubstanz in ihren Beziehungen zu den tuberkulösen Alterationen gesprochen. Es ist schwierig, auf eine positive Weise festzusetzen, welche Rolle sie in der Hervorrufung dieser Symptome spielen, oder welche Modifikationen sie ihnen aufprägen. Doch kann man nach der Analyse der Beobachtungen Folgendes aufstellen:

1) Oft rufen die verschiedenen Erweichungen, so wie die sie umgebenden Alterationen, kein Symptom hervor; dies ist besonders der Fall, wenn sie sich langsam gebildet haben.

2) Obgleich sie langsam entstanden sind, können sie eine Lähmung der Extremitäten der entgegengesetzten Seite erzeugen.

3) Bei akutem Verlauf Konvulsionen und Kontraktur; aber ich wiederhole noch ein Mal, man kann nie vollständig den Antheil der tuberkulösen Alteration von dem der Erweichung trennen und feststellen.

4) Es bildet sich in der erweichten Stelle eine Hämorrhagie, wovon ich vier Fälle mitgetheilt habe; doch erlaubt diese kleine Anzahl von Beobachtungen nicht, etwas Allgemeines festzustellen.

Im ersten Falle wurden allgemeine Konvulsionen und ein ziemlich

schnell eintretender Tod beobachtet. Die chronische Entzündung der Piamater und die vorhergehende Erweichung der Gehirnsubstanz thaten sich durch keine Symptome kund.

Im zweiten keine Symptome der tuberkulösen und die Extremitäten affizirenden Alterationen, mit Steifigkeit des Körpers und allgemeiner Unempfindlichkeit. Die Hämorrhagie fast in der linken Hemisphäre.

Im dritten Koma mit allgemeinen Konvulsionen. Die Hämorrhagie fast im oberen Theil der rechten Hemisphäre.

Im vierten Kontraktur des Arms und des rechten Beins, Verlust des Gesichts. Die Hämorrhagie sass an der Basis der linken Hemisphäre.

Der Erguss in die Ventrikel kann alle diese tuberkulösen Affektionen des Gehirns und seiner Hüllen kompliziren, entweder bloss in Folge einer Reizung der benachbarten Theile, oder zuweilen durch eine mechanische Kompression der Venen hervorgebracht. Es ist nicht hier der Ort, eine Beschreibung des *Hydrocephalus acutus* zu geben; ich will nur anführen, dass in den meisten Beobachtungen, auf die sich diese Arbeit stützt, und in welchen dieser Erguss gefunden wurde, man während des Lebens einen komatösen Zustand mit allen seinen Folgen beobachtet hatte.

Von der Diagnose der tuberkulösen Gehirnaffektionen.

Die Diagnose der tuberkulösen Affektionen des Gehirns und der Piamater, die oft, sowohl in Betreff ihrer Natur als auch ihres Sitzes, leicht zu stellen ist, bietet zuweilen unzählige Schwierigkeiten dar, die sie sehr zweideutig machen.

Wird man zu einem die Symptome der *Phthisis pulmonum* darbietenden Kinde gerufen, so kann der Arzt nicht mit Bestimmtheit versichern, dass beim Kinde nicht auch einige Alterationen im Gehirn vorhanden seien; denn, wie gesagt, alle tuberkulösen Affektionen des Gehirns und deren Komplikationen, weniger die akute Meningitis oder *Haemorrhagia cerebri*, können, ohne irgend ein Symptom hervorzurufen, bestehen. Unsere pathologischen Kenntnisse sind noch nicht so vorgeschritten, um sie zu erkennen, und für den Augenblick ist dies eine nicht zu überwindende Schwierigkeit.

Wenn man hingegen zu einem Kinde mit Gehirnsymptomen gerufen wird, und es sich um einen Ausspruch über die Natur dieser Symptome handelt, so ist das Erste, was man zu thun hat, zu prüfen,

ob sich beim Kinde in anderen Theilen des Organismus tuberkulöse Produktionen vorfinden; dann leidet es entweder an *Phthisis pulmonum*, oder tuberkulöser Entartung der Bronchial-, Mesenterial- oder Cervikaldrüsen.

In allen diesen Fällen, wenn solche Leiden dargethan sind, ist es viel wahrscheinlicher, um nicht zu sagen gewiss, dass die Gehirnzufälle von einer tuberkulösen Affektion des Gehirns oder der Piamater abhängen. Leidet der kleine Kranke an einer Karies der Knochen, an *Tumor albus*, Rhachitis, so können diese Uebel ebenfalls den Arzt bestimmen, sich bejahend auszusprechen, aber er wird jetzt mit Behutsamkeit verfahren müssen. Dieselbe muss noch viel grösser sein, wenn das Kind mit Tinea oder chronischen Hautaffektionen und mit gleichfalls chronischer Ophthalmie, Schnupfen oder Otitis behaftet ist. Das Vorhandensein dieser Krankheiten, die sich mit einer gewissen Vorliebe bei zu Tuberkeln und Skropheln prädisponirten Kindern entwikkeln, lässt nur eine Vermuthung zu.

Sind aber die von Gehirnsymptomen befallenen Kinder von allen diesen Komplikationen frei, so wird man mit der grössten Sorgfalt die inneren und äusseren Ursachen, welchen das Kind vielleicht ausgesetzt worden, prüfen müssen; so die ungünstigen äusseren Verhältnisse, Armuth, häufige Einwirkung einer kalten und feuchten Luft, schlechte Laktation, ungenügende Nahrung, Abstammung von kranken oder tuberkulösen Eltern, lymphatische Konstitution, fortwährende Krankheiten, mit denen es behaftet ist; man wird sich überzeugen müssen, ob es häufigen Schnupfen oder Diarrhoen unterworfen ist. Ohne Zweifel erlauben alle diese Umstände dem Arzte nicht, auf absolute Weise die tuberkulöse Natur der Gehirnkrankheit anzunehmen, aber es sind eben so viel Gründe, die ihn zu dieser Vermuthung auffordern müssen.

Es ist höchst wahrscheinlich, dass die mit tuberkulösen Gehirnaffektionen behafteten Kinder zu einer der eben durchgegangenen Kategorieen gezählt werden können; aber wir sahen, dass die Gewissheit in dem Maasse, als die wahrscheinlichen oder positiven Zeichen der tuberkulösen Affektion immer mehr schwanden, sich verminderte; in der letzteren besonders ist sie am unsichersten. Wenn man aber bei einem scheinbar sehr gesunden Kinde, welches keine der zur Tuberkelbildung prädisponirenden Bedingungen darbietet, Gehirnsymptome sich entwickeln sieht, so wird die Schwierigkeit der Diagnose noch viel grösser; denn es ist ganz unmöglich zu entscheiden, ob sie von einer tuberkulösen Affektion des Gehirns und der Piamater, oder von

einfachen Veränderungen jeder anderen Art abhängig sind. Man wird die ganze Schwierigkeit, welche die Lösung dieser Frage darbietet, begreifen, wenn man daran denkt, dass bei Kindern, die einer akuten *Meningitis tuberculosa* unterliegen, sich nur einige Granulationen in den Lungen, einige kleine Tuberkel in den Bronchial- oder Mesenterialdrüsen vorfinden, die sich durch kein Symptom, durch keine funktionelle Störung kund thaten. Nichts gestattet, sich auf absolute Weise auszusprechen. Die einfache akute Meningitis, die einfache chronische Meningitis, die einfachen Hämorrhagieen des Gehirns, rufen ähnliche Symptome hervor; höchstens könnte man sich, um diese Meinung zu fördern, auf das viel häufigere Vorkommen der einen und das seltene der anderen stützen.

Man kann sich auf die Natur der Symptome selbst nicht verlassen; denn wenn man jedes derselben mit der grössten Sorgfalt analysirt, findet man, dass sie von einfachen akuten und chronischen Affektionen des Gehirns und der Piamater, wie von tuberkulösen abhängig sein können. Wir werden sogleich sehen, dass der Verlauf, die Folge der nämlichen Erscheinungen, uns etwas mehr Aufklärung über diesen Gegenstand geben werden.

Nehmen wir hier die zuerst aufgestellten Bedingungen an, nämlich in irgend einem anderen Theile des Organismus entwickelte Tuberkeln, Karies der Knochen, *Tumor albus*, chronische Affektionen der Haut, des behaarten Theils des Kopfes, chronische Ausflüsse aus den Schleimhäuten; oder geben wir auch, wenn alle diese Zustände fehlen, zu, dass das Kind dem Einflusse äusserer oder innerer Schädlichkeiten, die fähig sind, die tuberkulöse Diarrhoe hervorzubringen, ausgesetzt ist: so sieht man, wohin die Analyse des Verlaufs der Symptome führt, wenn man alle diese Erscheinungen zusammen, die die akute Meningitis charakterisiren, beobachten wird, und deren regelmässigster Typus durch die drei folgenden Perioden dargestellt werden kann:

Erste Periode: Kopfschmerz, Somnolenz, Erbrechen, Verstopfung, Verlangsamung des Pulses.

Zweite Periode: Delirium, konvulsivische Bewegungen, oder grosse Aufregung, heftiges Geschrei.

Dritte Periode: Koma, fast vollständiges Aufgehobensein aller intellektuellen, sensoriellen und motorischen Fähigkeiten.

Man wird mit Bestimmtheit aussprechen können, dass man es mit einer akuten *Meningitis tuberculosa* zu thun hat.

Handelt es sich um nervöse Erscheinungen, die sich auf unregelmässige Weise entwickeln, die aber durch ihre Verbindung, Folgereihe und Dauer eine akute Krankheit konstituiren, so kann man noch eine akute aber unregelmässig verlaufende ***Meningitis tuberculosa*** annehmen, und der Irrthum wird in Betreff der Diagnose leichter eintreten. Besonders in solchen Fällen kann man die Krankheit im Anfang für ein typhöses Fieber oder irgend ein akutes Exanthem halten. Dieser Irrthum wird aber nicht so leicht geschehen können, wenn das Kind schon an ***Phthisis pulmonum, intestinalis, mesenterii*** u.s.w. in etwas hohem Grade leidet, und wenn Abmagerung, Durchfall stattfindet; trotz aller Aufmerksamkeit des Arztes in der Analyse dieser Zustände, kann er sich doch täuschen. Ich habe in Bezug hierauf einen sehr merkwürdigen Fall beobachtet, dessen Einzelnheiten ich hier nicht mittheilen kann, sondern nur die Hauptmomente.

Ein junges Mädchen von 13 Jahren, von ziemlich kräftiger Konstitution, die immer sich der besten Gesundheit erfreut hatte, kam im April 1840 ins Kinderhospital. Sie war erst seit einigen Tagen krank, und bot alle Symptome eines typhösen Fiebers dar: Kopfschmerz, Eingenommenheit des Kopfs, allgemeine Schwäche, Gefühl von Mattigkeit, eine etwas trockne Zunge, Erbrechen von Zeit zu Zeit, Durchfall (4 — 5 flüssige Stühle täglich), einen aufgetriebenen, gespannten, beim Druck in seiner ganzen Ausdehnung schmerzhaften Unterleib und besonders in der ganzen ***Regio hypogastrica,*** Frieselausschlag unter den Schlüsselbeinen; indessen zeigten sich keine rosenrothen, linsenförmigen Flecke auf dem Bauche. Die Kranke litt ausserdem an Dyspnoe, Husten ohne Expektoration, rauhes und pfeifendes Rasseln in der ganzen Ausdehnung der Brust. Zugleich war Fieber vorhanden, der Puls war kräftig, frequent, die Haut sehr heiss. Welcher Arzt hätte nicht ein typhöses Fieber angenommen? Dies fand in der That statt. Die Kranke wurde mit Blutegeln auf den Unterleib behandelt. Nichtsdestoweniger machte die Krankheit Fortschritte, die Lippen wurden trocken, das Zahnfleisch russig, Delirien traten ein, zugleich bot das Mädchen einen deutlich ausgesprochenen adynamischen Zustand dar. Koma kam hinzu, und sie starb am 21sten oder 22sten Tag seit dem Beginne der Krankheit.

Die Sektion ergab das Vorhandensein einer miliären Tuberkelbildung, die sich zu gleicher Zeit in den Lungen, im Unterleib und in der Piamater entwickelte und denselben Grad erreicht hatte. So fand man:

1) Zahlreiche tuberkulöse miliäre Granulationen in den Lungen.

2) Aehnliche Granulationen in der ganzen Ausdehnung des unter der Schleimhaut gelegenen Zellgewebes der dünnen und dicken Därme; das Kolon war ausserdem besäet mit kleinen, rundlichen, sehr zahlreichen, oberflächlichen Ulzerationen, die nur die Schleimhaut einnahmen.

3) Endlich in der Piamater Granulationen und die charakteristischen entzündlichen Erscheinungen der akuten Meningitis.

Die Entwickelung nervöser, oft vager und unregelmässiger Erscheinungen, über deren Natur ich mich oben ausgelassen habe, gestattet, wenn sie langsam von Statten geht, eine chronische *Meningitis tuberculosa* zu diagnostiziren.

Das plötzliche Auftreten nervöser Erscheinungen, und besonders von Konvulsionen, denen ein nur kurze Zeit dauerndes Koma oder ein schneller Tod folgt, gestattet einen Erguss in die Ventrikel, in Folge des Vorhandenseins tuberkulöser Produktionen an irgend einer anderen Stelle des Gehirns oder seiner Hüllen, oder (wie ich schon Beispiele angeführt habe) eine kapillare Hämorrhagie, mit Erweichung um die chronisch entzündlichen Alterationen, der Piamater, oder um die Gehirntuberkeln zu diagnostiziren.

Nehmen wir nun einen gänzlichen Mangel aller Erscheinungen, die die frühere Entwickelung von Tuberkeln an einer anderen Stelle des Organismus offenbaren, an, so wird die Betrachtung des Verlaufs und der Reihefolge der Symptome weit entfernt sein uns zu ähnlichen Schlüssen zu führen, und wenn man aufgefordert wird, sich über die tuberkulöse Natur der Krankheit auszusprechen, so geschieht es vielmehr, weil man darauf vorbereitet ist, und durch Beobachtung früherer Fälle weiss, dass solche Symptome und solche Krankheiten viel öfter tuberkulöser Natur als einfache akute oder chronische Leiden sind, die von dieser allgemeinen Ursache nicht abhängen.

II. Analysen und Kritiken.

Die drei Sorten des Leberthrans, in chemischer und therapeutischer Beziehung vergleichend untersucht von Dr. L. J. de Jough. Aus dem Lateinischen übersetzt und mit Zusätzen vermehrt. Leipzig 1844. gr. 8.

Das Original dieser Uebersetzung ist eine zu Utrecht erschienene Inaugural-Dissertation: ***Disquisitio comparativa chemico-medica de tribus olei jecoris aselli speciebus.*** Es giebt uns keine vollständige Monographie des Leberthrans, sondern will nur einige sehr wesentliche Lücken in der Kenntniss dieses in seiner Wirkung immer noch nicht ganz vollständig aufgeklärten Mittels ausfüllen.

Im ersten Abschnitte handelt der Verf. ausführlich über den Ursprung, die Gewinnung und physikalischen Eigenschaften des Leberthrans. Die Gadus-Arten, waraus er vorzüglich gewonnen wird, sind: ***Gadus Morrhua s. Asellus major, Gadus Molva s. Asellus longa, Gadus Carbonarius s. Asellus niger, Gadus Callarius s. Asellus striatus, Gadus Pollachius*** und ***Gadus Merlangus.***

Sehr verschieden sind die Meinungen über die Gewinnung der drei offizinellen Sorten, nämlich des blanken (***Ol. jecoris flavum***), des braun-blanken (***Ol. jec. subfuscum***) und des braunen (***Ol. jec. fuscum s. nigrum***), ob sie durch Auslaufen des Thrans aus den faulenden Lebern sich bilden, oder durch Auskochen gewonnen werden. Der Verf. hat nun durch Nachforschungen in Erfahrung gebracht, dass die Lebern in Fässer geworfen werden, wo das erste klar oben fliessende Fett den blanken Thran bildet. Der Rest in den Fässern wird sodann gekocht, und daher kömmt der braune Thran. Braunblanker Thran ist verdorbener blanker Thran, theils weil die Leber zu lange gestanden hat, theils weil der blanke Thran alt geworden ist und Feuchtigkeit angezogen hat.

Nachdem der Verf. die physikalischen Eigenschaften der drei Sorten angegeben, geht er im zweiten Abschnitte zur chemischen Zusammensetzung über. Ausser vielen organischen Substanzen, Fetten, Säuren, anorganischen Salzen, findet sich Phosphor, Jod, Brom im Leberthran, und zwar in 1000 Theilen des hellblanken 0,903 Jod und 0,170 Brom; in 1000 Theilen des braunblanken 0,564 Jod und 0,290 Brom, und in 1000 Theilen des braunen 0,412 Jod und 0,101 Brom.

Der Verf. geht nun speziell in die Untersuchung der organischen Substanzen des Leberthrans ein, die wir als unserem Zwecke und der Tendenz des Journals nicht entsprechend, und da wir eigentlich beabsichtigen, in die therapeutischen Auseinandersetzungen näher einzugehen, nicht weiter berücksichtigen wollen. Es sei nur gestattet, hier Einiges beizufügen, was der Uebersetzer über die Anwendungsform mittheilt, da das Unangenehme, was der Leberthran beim Einnehmen an und für sich hat, die Ursache mannichfaltiger Vorschläge gewesen ist.

Die am häufigsten empfohlenen Korrigenzien sind Zitronensaft, Wein und Branntwein. Nach Bennet thut ein kleiner Zusatz von *Ol. aether. Menth. piper., Anis.* oder *Cinnam.* die besten Dienste. Wird der Thran trotz aller Mittel immer wieder ausgebrochen, so muss man ihn in Klystieren mit Stärkemehlabkochung (?) anwenden.

Für solche Fälle dürften sich auch folgende Anwendungsformen eignen:

1) Der *Syr. Ol. jecoris* von Duclou. Aus ℥viij *Ol. jec.*, ℥v *Gummi arab.*, ℥xij Wasser und ℥vj *Syr. commun.* wird eine Emulsion bereitet, darin, bei gelinder Wärme, ℥xxvj Zucker aufgelöst, kolirt und ℥ij *Aq. flor. Naphae* zugesetzt.

2) Leberthranseife, von Deschamps durch Verseifung von *Ol. jec.* mit *Natr. caustic.* und Wasser dargestellt. Dieselbe wird mit *G. Tragacanth.* zu Pillen gemacht.

Der dritte Abschnitt beschäftigt sich mit der medizinisch-therapeutischen Untersuchung über die drei Sorten, und hier erhalten wir zuerst einige historische Notizen über den medizinischen Gebrauch des Leberthrans. Schon im Jahre 1771 war der Leberthran als heilsames Mittel gegen den chronischen Rheumatismus bekannt, und wurde als ausgezeichnet wirksam gegen die Gicht gepriesen. Schenk war aber der Erste, der im Jahre 1822 die Aufmerksamkeit der Aerzte auf dieses Mittel lenkte, wo er in Hufeland's Journal sechszehn Fälle von geheiltem chronischen Rheumatismus bekannt machte. Im Jahre darauf wurden in der hiesigen Charité Versuche mit dem Mittel in chronisch-rheumatischen Krankheiten angestellt, die jedoch alles Erfolges entbehrten. Bald darauf wurde er in skrophulösen Leiden gerühmt, und von van den Bosch in der Rhachitis allein angewandt, und von vielen berühmten Aerzten seine heilkräftigen Wirkungen in dieser Krankheit bestätigt. Nach und nach wurde der Kreis der Krankheiten, in denen sich der Leberthran nützlich erweisen sollte, erweitert; so empfahl man ihn gegen Leiden des Hüftgelenks, gegen skrophulöse Exantheme,

gegen ***Phthisis tuberculosa pulmonum,*** selbst gegen Kardialgie und Hemikranie, die allen anderen Mitteln Widerstand geleistet hätten.

Der Verf. nimmt nun speziell die Krankheiten durch, in welchen das ***Ol. jecoris*** mit Erfolg angewandt worden, ehe er seine eigenen vergleichenden Beobachtungen mittheilt. Zu diesen Krankheiten gehören:

1) Der chronische Rheumatismus, wo es, den Beobachtungen sehr erfahrener Aerzte zufolge, alle anderen so sehr gerühmten Antirrheumatika übertrifft; hierher ist nun auch die ***Ischias rheumatica,*** die ***Prosopalgia rheumatica,*** die ***Paralysis rheumatica,*** die nach veraltetem Rheumatismus oder Gicht beobachtet wird und durch Anschwellung der affizirten Muskeln, Sehnen und Bänder entsteht, zu rechnen.

2) Die ***Diathesis scrophulosa*** und die ***Scrophulosis perfecte evoluta.*** Ueber die Wirkung bei ersterer sagt Brefeld: „Diese ersten Spuren der Skrophelkrankheit tilgt der Leberthran sicher aus, und hebt selbst die Anlage, wenn sie keine angeborene ist, die nur bis zu einem gewissen Punkte schwindet. Aber auch bei dieser beugt er der Entwickelung und Ausbildung der Krankheit vor, und leistet mehr als jedes andere Mittel." Ueber die Folgen im letzteren Falle äussert sich Kopp folgendermaassen: „Wird der Leberthran bei einem skrophulösen Kranken zum ersten Male gehörig angewendet, so äussert sich seine Wirkung gemeinhin günstig, häufig sehr augenscheinlich als alleinige Folge des gebrauchten Thrans, und nicht selten wundervoll. Vorzüglich heilt er Skropheln, die noch nicht lange gewährt haben, er bringt dann gemeiniglich eine Aenderung im ganzen Aussehen hervor, die kachektische Farbe verliert sich, das welke Fleisch wird derber, die angeschwollenen Drüsen werden kleiner und zertheilen sich, die Geschwüre, selbst Fisteln, nehmen eine besondere Beschaffenheit an und heilen, Knochengeschwülste werden kleiner und verschwinden; ja ich fand skrophulöse Karies dadurch zu einem glücklichen Ausgange gebracht."

Bei Anschwellung der lymphatischen Drüsen des Halses, Nackens, der Achselhöhle und Leistengegend ist der Leberthran ein sicheres und unzweifelhaftes Mittel, doch muss er, indem er die skrophulöse Anlage verbessert, bis zur vollkommenen Heilung längere Zeit angewendet werden. Die innere Anwendung kann durch die äussere sehr unterstützt werden, nämlich durch Einreiben desselben in die entzündeten und schmerzenden Geschwülste. Ohne Erfolg scheint er aber

bei solchen Geschwülsten zu sein, die nach Pocken, Scharlach und Masern auftreten.

Schneller zeigt sich ein günstiger Erfolg bei den skrophulösen Geschwüren, die aus entzündeten und in Eiterung übergegangenen Lymphdrüsen entstehen, oder aus anderen Geschwülsten, wie sie bei skrophulösen Konstitutionen so oft in allen Theilen des Körpers angetroffen werden. Auch der äussere Gebrauch wird hier sehr empfohlen, und Brefeld hat eine Salbe angegeben, die mittelst Scharpie auf die Geschwüre applizirt wird.

℞ *Ol. jec. Aselli* ℥β,
Acet. saturn. ʒij,
Vitell. ovor. s. Adip. suill. ℥iij.
MDS. Zum äusseren Gebrauch.

Chronische Exantheme, die bei skrophulösem Habitus unter schuppiger, pustulöser und vesikulöser Form vorkommen, aber auch bei Individuen, deren Konstitution nichts Skrophulöses verrathet, werden mit Erfolg durch den Leberthran beseitigt. Einige haben ihn innerlich, andere äusserlich verordnet. Besonders zeigt er sich aber vortheilhaft bei der *Ophthalmia scrophulosa*, namentlich bei Blepharitis mit Lichtscheu. Brefeld wendet ihn auch hier äusserlich an, indem er die Augenlidränder 2 bis 4 Mal täglich mittelst eines Pinsels oder einer kleinen Feder mit blankem Leberthran bestreicht. Auch die *Conjunctivis* und *Keratitis chronica* bessert er.

In der sogenannten *Atrophia infantum*, wo die Mesenterialdrüsen angeschwollen sind und in Eiterung übergehen, vermag nach Brefeld, Heyfelder, Kopp u. A. der Leberthran sehr viel. Ersterer lässt ihn auch in den Unterleib einreiben; bei Schmerzhaftigkeit lässt er die Einreibung mit erwärmtem Leberthran machen, und rathet, wenn der Schmerz sehr heftig ist, ein *Linimentum camphoratum* bereiten zu lassen, wo statt des gewöhnlichen Oels Leberthran genommen wird. Treten akute Affektionen der Baucheingeweide auf, so ist der Leberthran auszusetzen, und antiphlogistische Mittel müssen in Gebrauch gezogen werden.

Der Verf. rechnet nun die Rhachitis, als skrophulöse Affektion der Knochen, die erweichen und anschwellen, auch hierher, doch beruht diese Krankheit, wie sich durch Untersuchungen der neuesten Zeit ergeben hat, auf einen ganz eigenthümlichen Prozess in den Knochen (s. Band I. Heft 1. dieses Journals), der nichts mit der Skrophulosis zu schaffen hat. Daher ist auch die Meinung des Verfassers,

dass, wenn man den Symptomen der *Atrophia infantum* noch geschwollene Gelenke, gekrümmte Wirbelsäule und gekrümmte Röhrenknochen hinzufügen würde, man das Bild der Rhachitis im heftigsten Grade vor sich hätte, ganz unrichtig.

Dass der Verf. auch der Osteomalazie eine skrophulöse Grundlage zuertheilen will, weil sie in einigen Fällen durch Leberthran geheilt worden, scheint mir etwas willkührlich zu sein.

Heilsam wirkt das *Ol. jecoris* auch bei *Caries scrophulosa*, sowohl peripherischer als zentraler, bei *Tumor albus*, Arthrokace, wo es innerlich und äusserlich angewandt wird.

Auch gegen die *Phthisis tuberculosa*, wo man zu jedem neuen Mittel mit gespannten Erwartungen greift, aber in seinen Hoffnungen zu bald getäuscht wird, ist der Leberthran angewandt worden, und einzelne Fälle von glücklicher Heilung werden mitgetheilt. Wer möchte aber mit Gewissheit behaupten wollen, ob hier wirklich eine *Phthisis tuberculosa* vorhanden gewesen war. Der Verf. führt drei von Schröder van der Kolk mit Glück behandelte Fälle an, der sich am Schlusse seiner Krankengeschichte folgendermaassen lobend über das Mittel ausspricht: „Die Erfahrung lehrt, dass dieses Mittel, zu rechter Zeit und lange gebraucht, bei Abhaltung neuer schädlicher Einflüsse, sowohl die Disposition zur Phthisis gänzlich zu unterdrücken als auch wahrscheinlich die Fortschritte der Tuberkulosis aufzuhalten vermag, während es im letzten Stadium der entwickelten Tuberkelphthise für das beste die Symptome besänftigende Palliativmittel zu halten ist." Dann folgen noch die Aussprüche mehrerer anderer Aerzte, von denen Einige behaupten, dass nur im ersten Stadium von dem Mittel Heilung zu erwarten ist, Andere, dass er nur den Zustand erleichtere, nicht bessere. Suringar spricht sich offen aus, indem er sagt: „Was diejenigen Phthisiker anbelangt, welche von mir für immer, oder wenigstens auf Zeit geheilt worden sind, so glaube ich diesen glücklichen Ausgang nicht dem Leberthran allein, sondern auch dem Haarseil auf der Brust zuschreiben zu müssen. Gelegentlich bemerke ich, dass dies letztere Mittel im Allgemeinen sich mir als das nützlichste gegen Phthisis erwiesen hat."

Zuletzt wendet sich der Verf. zu seinen vergleichenden Beobachtungen über die drei Sorten des Leberthrans. Seit 20 Jahren hatten alle angestellten Beobachtungen den Zweck, die Wirksamkeit des Leberthrans überhaupt kennen zu lernen. Deshalb findet man auch bald diese, bald jene Sorte angewandt. Manche Aerzte ziehen eine bestimmte

Sorte vor, und zwar Einige nach Belieben, Andere hingegen durch zufällig glücklichere Erfolge, die sie bei Anwendung dieser oder jener Sorte erreichten, geleitet.

Unter solchen Umständen, meint also der Verf., bedurfte man schon lange vergleichender Beobachtungen, welchem Mangel er durch die angestellten Untersuchungen abhelfen wollte.

Er theilt hierauf drei Reihen von Beobachtungen mit, wo er die verschiedenen Krankheiten mit braunem, braunblankem und blankem Leberthran behandelte und zu dem Schlusse gelangt ist, dass der braune Leberthran in einer Hinsicht mit den beiden heller gefärbten Arten sehr übereinstimmt, in den anderen sich aber sehr unterscheidet.

Uebereinstimmend verhalten sich die drei Arten, in sofern alle Kranke, die mit dem Leberthran behandelt wurden, endlich genasen; ein bedeutender Unterschied machte sich aber in der Zeit bemerklich, in welcher die Kranken mit den verschiedenen Arten geheilt worden sind, und dies soll nach dem Verf. auf eine Verschiedenheit in der Wirksamkeit der Arten hindeuten.

Alle drei Arten führen also zu dem gewünschten Ziele, jedoch bewirkt dies der braune Leberthran schneller, weshalb ihm mit Recht eine grössere Heilkraft zugeschrieben werden kann, als den beiden anderen Sorten. Dieser Unterschied der Wirkungen rühre, meint der Verf., nur von der chemischen Zusammensetzung her.

Da der Leberthran ein sehr zusammengesetztes Mittel ist, aus neutralen Fetten, Gallensubstanzen, Jod, Phosphor, und aus mehreren anorganischen Substanzen besteht, so frägt sich, welchem dieser verschiedenartigen Bestandtheile er seine Wirksamkeit verdankt, ob dem Jod oder den Fetten, oder dem Phosphor? Dies ist schwer zu entscheiden, doch wahrscheinlich ist die Kraft des Mittels nicht einem Bestandtheile ausschliesslich zuzuschreiben, sondern der Gesammtwirkung aller.

III. Klinische Mittheilungen.

A. *Hôpital des Enfans malades* in Paris (Klinik von Jadelot).

Angina pseudomembranosa oder Diphtheritis.

„Meine Herren! Diese Affektion hat in der neuern Zeit die Aufmerksamkeit des ärztlichen Publikums in so hohem Grade in Anspruch genommen, und ist Gegenstand so vielfacher Erörterungen gewesen, dass ich es gewissermaassen für meine Pflicht halte, derselben auch in unserer Klinik — deren Aufgabe es nicht nur ist, das, was in den Kompendien und Hörsälen gelehrt wird, am Krankenbette praktisch zu erläutern und zu bewähren, sondern auch durch die in ihrem Bereiche gemachten Beobachtungen und Erfahrungen an der Lösung schwieriger Probleme und wichtiger, von Zeit zu Zeit die Männer der Wissenschaft bewegender Fragen im Gebiete der Pathologie und Therapie thätigen Antheil zu nehmen, — einige Betrachtungen zu widmen. Ich halte es indessen für zweckmässig, diesen Betrachtungen die Mittheilung eines hierher gehörigen Falles voranzuschicken, damit Sie vor Allem ein anschauliches Bild von dem erhalten, um das es sich hier eigentlich handelt."

„Es betraf dieser Fall ein Mädchen von 9 Jahren, welches, im Katharinen-Saal unseres Hospitals gelegen, der Aussage der Eltern gemäss, sich seit 6 Tagen krank befand. Von guter Konstitution, ziemlich stark, und von ruhiger, sanfter Gemüthsart, hatte sich dieses Kind stets einer guten Gesundheit erfreut. Im Alter von 2 Jahren hatte es die Masern gehabt, indessen hatte diese Affektion einen sehr gutartigen Verlauf genommen, und verschwand, ohne dass es nöthig war, von Seiten der Kunst besonders thätig einzugreifen. Seit jener Zeit schien es sich im Allgemeinen stets wohl befunden zu haben, ausser dass es einigemal an Kopfschmerzen litt, welche jedoch nie einen bedeutenden Grad der Intensität erreichten. Sechs Tage vor dessen Aufnahme in das Hospital wurde es indessen von einem ernsteren Halsübel befallen, welches gleich vom ersten Tage an bedeutende Schlingbeschwerden veranlasste. Zu gleicher Zeit traten Frostschauer ein, welchen Hitze, Schweisse und Kopfschmerz folgten, und alle diese Symptome hatten unverändert fortgedauert, bis sich die Eltern entschlossen, die Aufnahme des Kindes in das Hospital zu

bewerkstelligen. Die ganze Behandlung hatte sich bis dahin darauf beschränkt, das Kind auf eine sparsamere Diät zu setzen und es einiges schleimige Getränk nehmen zu lassen."

„Als ich bei der Visite das Kind zum ersten Male sah, bot es folgende Erscheinungen dar:

Geröthetes Gesicht, vorzüglich in der Gegend der Wangen; heisse, von Schweiss bedeckte Haut; einen beschleunigten (108 — 112), kleinen, wenig entwickelten Puls; eine in der Mitte weiss belegte, an den Rändern und der Spitze rothe Zunge; gänzlicher Mangel des Appetits, heftiger Durst. Der Halsschmerz war, obgleich noch ziemlich bedeutend, jedoch weit weniger heftig, als während der ersten Tage der Krankheit; das Schlingen war äusserst beschwerlich, selbst beim Genusse flüssiger Substanzen. Bei einer genauen Untersuchung der Mundhöhle und des Pharynx bemerkte man eine lebhafte Röthung der Wangenschleimhaut, Anschwellung und Röthe desjenigen Theils der Membran, welcher die Tonsillen überzieht, und ausserdem hier und da weisse, käseartige, pseudomembranöse Flocken (*Plaques*), die an einigen Punkten eine hellgelbe Farbe zeigten. Die Schleimhaut des Zäpfchens und des Schlundes schien in dem grössten Theil ihrer Ausdehnung ebenfalls von weissen, käseartigen Exsudationen bedeckt zu sein, denjenigen ähnlich, die man auf den Tonsillen wahrnahm. Die Submaxillardrüsen waren ein wenig angeschwollen, leicht äusserlich durchzufühlen, wenn man mit dem Finger über die Halsfläche unter dem Unterkiefer hinwegglitt, und beim Drucke empfindlich. Die Stimme war rauh, das Sprechen beschwerlich. Weder das Kind, noch die Eltern wussten irgend eine veranlassende Ursache der Krankheit anzugeben. Es wurden verordnet, innerlich eine Auflösung des *Syrup. gummosus*, dann Gargarismen von einer Auflösung des *Mel rosatum*, und ausserdem die Schleimhaut des Pharynx und der Tonsillen mit verdünnter Salzsäure zu bestreichen."

„Am dritten Tage nach der Aufnahme befand sich das Kind ein wenig besser. Der Puls war zwar noch immer frequent (104 — 108), klein und wenig entwickelt; aber das Gesicht war weniger geröthet, die Haut weniger heiss und weniger mit Schweiss bedeckt; die Zunge war noch immer weiss belegt, und Durst und Anorexie waren noch zugegen, aber der Halsschmerz hatte sich fast ganz verloren, obgleich das Schlingen noch immer beschwerlich war. Die Röthe der Wangen- und der Schlundschleimhaut hatte bedeutend abgenommen; die Pseudomembranen waren ein wenig dünner geworden und begannen

an den Rändern sich von der darunter befindlichen Schleimhaut abzulösen, ja an einigen Stellen waren sie bereits ganz abgefallen, und man konnte da die blossgelegte entzündete Mukosa wahrnehmen. Die Anschwellung der Submaxillardrüsen hatte noch nicht abgenommen. (Dasselbe schleimige Getränk, mit dem Gebrauch der Salzsäure fortzufahren; Diät: verdünnte Bouillon.)"

Den 13ten. „Die Besserung schreitet fort; der Puls ist auf 92 gefallen, die Hitze der Haut und der Schweiss haben bedeutend abgenommen, die Submaxillardrüsen scheinen weniger angeschwollen zu sein als früher, obgleich sie sich beim Drucke noch immer empfindlich zeigen, der Halsschmerz ist ganz unbedeutend, das Schlingen geht allmälig immer leichter von Statten. Bei der Untersuchung der Mundhöhle nahm man noch hier und da einige pseudomembranöse Flocken (*Plaques*) wahr, die sich jedoch bereits grösstentheils losgetrennt hatten; ein Fragment dieser Pseudomembranen, welches sich zur Hälfte vom Zäpfchen abgelöst hatte, hing mit der anderen Hälfte noch fest am Gaumensegel und ragte mit dem freien Ende zum Theil in den Rachen hinein. Das Kind äusserte Verlangen nach Nahrung, und hat in der letzten Nacht ein wenig geschlafen. (Behandlung dieselbe.)"

Den 16ten. „Die Kranke leidet seit 2 Tagen an einer *leichten* Bronchitis, die sie sich wahrscheinlich durch eine plötzliche Erkältung zugezogen hat. Der Husten ist ziemlich häufig, und von nur unbedeutendem Auswurf begleitet; jedoch war dieser hinreichend, um im Verein mit der beim Husten nothwendigen Anstrengung der affizirten Theile die Lostrennung aller im Pharynx noch vorhanden gewesenen Pseudomembranen zu bewirken. Die Auskultation ergab nichts weiter als einen leichten *Rhonchus sibilans* in der hinteren Gegend beider Brustseiten. (Ein Aufguss von Malvenblüthen, mit Zucker versüsst.)"

Fünf oder sechs Tage nachher. „Die Heilung beider Affektionen, sowohl des Pharynx als der Bronchialschleimhaut, ist vollendet. Das Kind hat guten Appetit, alle Funktionen gehen normal von Statten, das Schlingen geschieht leicht und ohne alle Beschwerde, die Pseudomembranen sind bis auf die letzte Spur verschwunden, die Submaxillardrüsen haben ihr normales Volumen wieder angenommen und fühlen sich nur noch ein wenig hart an. Auf den Wunsch der Eltern wird das Kind entlassen."

„Bevor ich nun in die nähere Erörterung der vorzüglichsten Symptome der *Angina pseudomembranosa* eingehe, wird es nöthig sein, einige Augenblicke bei der Untersuchung einer Frage zu verweilen,

die in Bezug auf jede Krankheit von hoher Wichtigkeit ist, obgleich es häufig sehr schwer hält, und zuweilen ganz unmöglich ist, dieselbe auf eine befriedigende Weise zu lösen; ich meine nämlich die Frage über das eigentliche Wesen der genannten Krankheit, und über die Stelle, welche ihr im nosologischen System angewiesen werden muss."

„Es frägt sich zunächst: Ist die *Angina pseudomembranosa* oder *diphtheritica*, — und diese letztere Benennung scheint mir vor allen anderen den Vorzug zu verdienen, weil man durch dieselbe das charakteristische Symptom der Affektion bezeichnet, ohne vorgreiflich auf die Natur dieser letzteren hinzudeuten, eine Vorsicht, die man stets beobachten sollte, sobald es sich um eine Krankheit handelt, über deren Wesen eine Meinungsverschiedenheit obwaltet, — ist die *Angina diphtheritica*, sage ich, blos der Ausgang einer gewöhnlichen, heftigen Entzündung der Schleimhaut des Rachens und des Pharynx, wie einige Autoren behauptet haben, oder ist sie eine selbstständige, eigenthümliche Entzündungsform jener Membran, die mit der gewöhnlichen Angina nichts gemein hat? Auch für diese letztere Ansicht haben sich zahlreiche Pathologen ausgesprochen, namentlich gehört Bretonneau zu den eifrigsten Vertheidigern derselben, und es dürfte hier nicht ganz ohne Interesse sein, die eigenen Worte des genannten Autors über diesen wichtigen Gegenstand anzuführen:

„„Diese oberflächliche Röthe der Schleimhaut", sagt er, „die von keiner Verdickung des Gewebes, dennoch aber von einer so reichlichen, plastischen Exsudation begleitet ist, scheint mir auf eine ganz eigenthümliche Art der Entzündung hinzudeuten. Ich würde jedoch meine Meinung nicht vollkommen klar ausgedrückt zu haben glauben, wenn ich nicht hinzufügte, dass ich in dieser Affektion eine spezifische Entzündung sehe, die von einer katarrhalischen Entzündung eben so verschieden ist, wie die *Pustula maligna* von der Zona, und mit der *Angina scarlatinosa* noch weniger Aehnlichkeit hat, als der Scharlach selbst mit der Pockenkrankheit. Bei der Unmöglichkeit, eine so eigenthümliche Entzündungsform durch eine derjenigen Benennungen passend und genügend zu bezeichnen, welche man für die gewöhnlichen Arten der Angina gewählt hat, sei es mir erlaubt, ihr den Namen Diphtheritis beizulegen.""

„Trotz dem aber, dass Bretonneau in so bestimmter Weise die *Angina pseudomembranosa* von allen übrigen Spezies der Bräune unterschieden hat, geht doch aus mehreren Stellen seines berühmten Werkes hervor, dass er dieselbe zuweilen mit der *Angina gangrae-*

nosa verwechselt hat. Nun aber bieten diese beiden Affektionen offenbar so verschiedene Charaktere dar, dass die Unterscheidung derselben meistentheils sehr leicht ist. Während man in der *Angina gangraenosa* eine Reihe allgemeiner Erscheinungen vorherrschen sieht, die auf das Vorhandensein eines, dem Typhus ähnlichen Krankheitsprozesses hindeuten, das Halsübel aber meistens nur als eine sekundäre Affektion auftritt, findet in der einfachen *Angina pseudomembranosa* gerade das Gegentheil statt, indem die febrile Reaktion meist nur wenig ausgesprochen ist, die Frequenz des Pulses entweder gar nicht oder doch nur in unbedeutendem Grade das normale Maass überschreitet. In der *Angina membranosa* sind die betreffenden Theile mehr oder weniger tief vom Brande ergriffen, der einen grösseren oder geringeren Substanzverlust zur Folge hat; der Verlauf der Krankheit ist eine kontinuirliche, die örtliche Affektion schreitet fast immer um so mehr fort, je länger die Dauer ihres Bestehens ist. In der einfachen *Angina diphtheritica* dagegen besteht die ganze örtliche Affektion in einer häutigen, hinfälligen, leicht trennbaren, oberflächlichen Gerinnung, die nicht verschwinden kann, ohne dass die Krankheit ihren Hauptcharakter verliert; nach einer schnellen Verbreitung über eine gewisse Strecke tritt in den Fortschritten der Entzündung ein momentaner Stillstand ein."

„Es scheint demnach nothwendig, die einfache *Angina diphtheritica* oder *pseudomembranosa* von der brandigen Bräune sorgfältig zu unterscheiden. Worin besteht nun aber die Eigenthümlichkeit jener ersteren Entzündungsform? Dieselbe lässt sich auf drei Hauptmomente zurückführen. Zunächst ist es die Exsudation einer schleimig-serösen Flüssigkeit, welche den ersten Grad der Diphtheritis anzeigt und die Fähigkeit zu besitzen scheint, die Entzündung auf weit entfernte Stellen zu übertragen. Zweitens die geringe Wirksamkeit der antiphlogistischen Mittel, namentlich der Blutentziehungen, die sich in den gewöhnlichen exsudativen Entzündungen so überaus nützlich erweisen. Drittens endlich der Umstand, dass sie meistens oberflächlich bleibt und nur sehr selten sich auch auf das submuköse Zellgewebe fortpflanzt."

„Nachdem ich dieses über die Natur der uns beschäftigenden Affektion vorangeschickt habe, lassen Sie uns nun den Symptomen und der Behandlung derselben eine kurze Betrachtung widmen. Das vorzüglichste charakteristische Symptom dieser Krankheit ist das Vorhandensein von Pseudomembranen auf der Schleimhaut des Rachens

und des Pharynx. Meistens erscheinen diese Pseudomembranen zuerst auf einer der Tonsillen, und von hier aus verbreiten sie sich ziemlich schnell über die Säulen des Gaumensegels, das Zäpfchen, und endlich über die Schleimhaut des Pharynx. Wenn die Entzündung an mehreren Punkten zugleich auftritt, so nähern sich die einzelnen pseudomembranösen Exsudate allmälig einander, fliessen zuletzt zusammen und bilden eine kontinuirliche Fläche."

„Einige Tage nach dem ersten Erscheinen der Pseudomembranen nehmen sie eine beträchtliche Dicke an; zu gleicher Zeit verlieren sie ihre ursprüngliche ganz weisse Farbe, welche durch eine gelblich-speckartige ersetzt wird. Da der grösste Theil der Kranken einer örtlichen Behandlung unterworfen wird, so hat man nur selten Gelegenheit, die Pseudomembranen sich spontan lostrennen und verschwinden zu sehen. Wenn sie aber in Folge der Anwendung kaustischer oder adstringirender Mittel abfallen, so erscheint die darunter befindliche Schleimhaut geröthet und ein wenig geschwollen."

„Der Schmerz ist keinesweges ein konstantes Symptom. Meistens ist er nur Anfangs zugegen, und verschwindet dann gewöhnlich in den nächsten 3 oder 4 Tagen. Selten ist er sehr intensiv; in den meisten Fällen nimmt er auch, einmal vorhanden, nicht zu, sondern bleibt auf den ursprünglichen Intensitätsgrad beschränkt; nie steht er mit der Heftigkeit der Entzündung in gleichem Verhältniss. Die Schlingbeschwerden, welche durch die Anschwellung der affizirten Theile entstehen, werden häufig irrthümlich für wirklichen Schmerz gehalten; zuweilen werden diese Schlingbeschwerden durch die Dicke der Pseudomembranen veranlasst. Im Allgemeinen jedoch kann man sagen, dass die funktionellen Störungen zu der Intensität der Entzündung in keinem Verhältniss stehen. In dem zu Anfang dieser Betrachtung mitgetheilten Falle waren die febrilen oder Reaktions-Erscheinungen im Beginn der Affektion sehr heftig, verschwanden aber bald, und die Heilung erfolgte äusserst schnell."

„Die Prognose der *Angina pseudomembranosa* ist verschieden, im Ganzen jedoch selten schlimm, wenigstens da, wo die Krankheit nicht epidemisch auftritt, und selbst in diesem Falle ist sie es nicht immer. Aeusserst traurig gestaltet sie sich indessen, wenn sich die Pseudomembranen bis tief in den Pharynx hinein erstrecken und eine beträchtliche Dicke erreichen."

„Was die Behandlung betrifft, so weicht diese von der der einfachen Angina bedeutend ab, und wenn der alte bekannte Satz:

Naturam morborum ostendunt curationes, wahr ist, so liefert dies wiederum einen Beweis, dass die *Angina pseudomembranosa* keinesweges der Ausgang einer einfachen, katarrhalischen Entzündung der Rachentheile sei, wie einige Autoren glauben. Indem wir die antiphlogistischen Mittel, für die Mehrzahl der Fälle wenigstens, von vorn herein ausschliessen müssen, bleibt uns nur noch übrig, die verschiedenen anderen therapeutischen Agentien, die man gegen diese Affektion in Gebrauch gezogen hat, einer näheren Prüfung zu unterwerfen."

„Die kaustischen oder adstringirenden Mittel, die man auf die kranke Schleimhaut applizirt, haben einen doppelten Zweck: einmal, die Verbreitung der Pseudomembranen über gesunde Theile zu verhindern, und dann eine spezifische Entzündung in eine einfache umzuwandeln. Die gebräuchlichsten Aetzmittel gegen diese Affektion sind: die verdünnte Salzsäure, das *Argentum nitricum* in der Auflösung, Alaunpulver und der Chlorkalk."

„Die Salzsäure kann man zwar auch rein anwenden, am zweckmässigsten aber verdünnt man sie mit einer gewissen Quantität Wassers. Bretonneau räth jedoch, zu den beiden ersten Kauterisationen, die man in einer Zwischenzeit von 24 Stunden macht, die reine Säure zu nehmen, um in den betreffenden Theilen eine heftige und heilsame entzündliche Reaktion zu erregen. Wenn die Pseudomembranen nach einer solchen Kauterisation auch dicker und grösser werden, so sieht man sie doch bald sich von der Schleimhaut lostrennen und abfallen."

„Das salpetersaure Silber kann man entweder in der Solution oder in der festen Form anwenden; jedoch scheint die erstere Form den Vorzug zu verdienen, indem der feste Höllenstein eine weit geringere Fläche darbietet und auch leicht brechen kann. Die Auflösung trägt man mittelst eines Pinsel auf. Das Alaunpulver, das Kalomel und der Chlorkalk können ebenfalls mit Erfolg angewendet werden; das Auftragen derselben mittelst eines Pinsels ist dem mittelst des Fingers, dessen sich einige Aerzte bedienen, vorzuziehen. Zuweilen ist es gut, dem kaustischen Pulver eine geringe Quantität arabischen Gummi's beizumengen, um das Haften desselben an der kranken Parthie zu erleichtern."

„Wie bereits erwähnt, ist ein antiphlogistisches Verfahren in dieser Krankheit meistentheils ganz wirkungslos. Indessen muss man sich nicht fürchten, zu demselben seine Zuflucht zu nehmen, wenn die febrile Reaktion einen hohen Intensitätsgrad erreicht, die Krankheit

einen äusserst rapiden Verlauf nimmt, und das Kind kräftig und von guter Konstitution ist."

„Die Brechmittel, obgleich selten in der Art angezeigt, dass sie die Basis der Behandlung bilden, können doch häufig von grossem Nutzen sein. Die Erschütterungen, welche in Folge der Brechbestrebungen entstehen, können häufig schon allein die Lostrennung der Pseudomembranen bewirken. Ausserdem verhindert man durch die Anwendung dieser Mittel die, zuweilen zersetzten und einen höchst üblen Geruch verbreitenden Pseudomembranen, in die Digestionswege zu gelangen, wo sie sehr nachtheilige Folgen herbeiführen könnten."

„Was nun die allgemeine Behandlung betrifft, so frägt es sich zunächst, ob es überall der Anwendung spezifischer oder alterirender Mittel bedürfe. In denjenigen Fällen, wo die Affektion auch den Larynx ergriffen hat, scheint der Gebrauch dieser Mittel allerdings angezeigt zu sein. Da jedoch die Anwendung derselben nie ohne Gefahr ist, so muss man stets vorher genau prüfen, ob die Krankheit die Tendenz zeigt, sich auf den Larynx und die Luftwege überhaupt fortzupflanzen, und ob sie einen adynamischen Charakter darbietet. Zu den vorzüglichsten alterirenden Mitteln, die man namentlich unter den erstgenannten Umständen in Gebrauch ziehen muss, gehören das Kalomel, das *Kali sulphuratum*, Merkurial-Einreibungen u. s. w."

„Endlich haben sich auch die Tonika zuweilen als sehr nützlich erwiesen, namentlich dann, wenn die Krankheit mit dem gangränösen Charakter aufgetreten und von Diarrhoen oder profusen Hämarrhagieen begleitet gewesen war. Ueberall auch, wo die allgemeinen Symptome die hervorstechendsten sind, das örtliche Leiden dagegen in den Hintergrund tritt, muss das Heilverfahren zunächst und vorzüglich gegen jene gerichtet sein."

B. *Hôpital-Necker* in Paris (Klinik von Trousseau).

Ueber die Perkussion und Auskultation bei ganz jungen Kindern.

„Meine Herren! Sie haben wahrscheinlich während Ihres klinischen Kursus öfter Gelegenheit gehabt, wahrzunehmen, wie leicht man Täuschungen ausgesetzt sein kann, wenn man die Beobachtungen und Erfahrungen, die man hinsichtlich der Auskultation und Perkussion in den Kliniken für erwachsene Kranke gesammelt, auch für das Studium

der Brustkrankheiten ganz junger Kinder benutzen will. In der That sind in Bezug auf diesen Gegenstand mancherlei Irrthümer verbreitet worden, die wohl geeignet sind, den weniger geübten Praktiker zu bedeutenden Missgriffen zu verleiten."

„Um Ihnen die relative Wichtigkeit des Lungensystems bei Kindern des frühesten Alters begreiflich zu machen, wird es zweckmässig und nöthig sein, einige Betrachtungen aus der vergleichenden Physiologie voranzuschicken."

„Wenn Sie unter den Säugethieren diejenigen zu ermitteln suchen, deren Lungensystem zur Zeit der Geburt am meisten entwickelt ist, so werden Sie finden, dass es diejenigen sind, welche mit offenen Augen geboren werden, und gleich am ersten Tage ihres Lebens so kräftig sind, dass sie laufen und umherspringen können. Von der Art sind die Wiederkäuer und die Einhufer. Betrachten Sie einmal ein Füllen, ein junges Böcklein, wie stark ist nicht ihr Brustkasten entwickelt, und wie verhältnissmässig gering ist dagegen der Umfang ihres Abdomens! Das Gegentheil bemerken Sie bei den Fleischfressern, deren Pupillen bei der Geburt noch durch die *Membrana pupillaris* geschlossen sind, und die mehrerer Monate bedürfen, bevor sie hinlängliche Kräfte erlangen, um sich mit derjenigen Lebhaftigkeit bewegen zu können, deren die Thiere der ersteren Klasse gleich in den ersten Stunden ihres Daseins fähig sind. Denselben Unterschied bemerkt man auch bei den Vögeln. Diejenigen, welche befiedert zur Welt kommen, und die sich sofort mit Lebhaftigkeit bewegen und allein ihr Futter suchen und finden, sind während ihrer Jugend mit verhältnissmässig sehr grossen Lungen versehen; diejenigen aber, welche nach der Ausbrütung noch eine Zeit lang im Neste bleiben, wo sie zu ihrer Erhaltung der mütterlichen Pflege und Sorgfalt bedürfen, zeichnen sich in ihrer ersten Jugend durch den verhältnissmässig grossen Umfang ihres Abdomens aus. In einer vorgerückteren Lebensperiode aber, wenn die instinktmässige Lebensthätigkeit einen grösseren Aufwand von Muskelkraft erfordert, erreichen der Brustkasten und die Respirationsorgane den höchsten Grad der Entwickelung, während sich der Umfang des Abdomens in demselben Maasse vermindert. Diese Angaben aus der komparativen Physiologie sind so wahr, dass man schon aus der blossen Form der angegebenen Theile eines Thieres, wie sie sich zur Zeit der Geburt und im erwachsenen Alter gestaltet, zum Theil auf die Instinkte und Gewohnheiten desselben schliessen kann."

„Der Mensch lebt während der ersten zwei Jahre nach der Geburt gewissermaassen nur ein vegetatives Leben; die intellektuellen Funktionen gehen nur schwach von Statten, und in Folge dieser geringen Thätigkeit entwickelt sich auch der Brustkasten nur sehr wenig. Die Lungen sind in diesem Alter — und diese Thatsache bestätigt die Anatomie vollkommen — verhältnissmässig weniger entwickelt, als in jeder anderen Lebensperiode; sobald aber der sichere Gang des Kindes ihm gestattet, die Gegenstände seiner kindlichen Wünsche zu verfolgen und der geflügelten Thätigkeit seines Geistes freien Lauf zu lassen, erweitert sich der Thorax schnell nach allen seinen Dimensionen, und in demselben Maasse gehen auch die respiratorischen Akte kräftiger von Statten."

„Aus dem bisher Gesagten lassen sich einige Erscheinungen, die man bei der Auskultation und Perkussion der Kinder wahrnimmt, und die allgemein falsch gedeutet werden, leicht erklären. Man bemerkt nämlich, dass bei Säuglingen der Perkussionston weit weniger hell ist, als bei älteren Kindern, und auch das Respirationsgeräusch weit schwächer gehört wird als bei diesen, so dass das Epitheton *„pueril"*, durch welches Laennec mit Recht die Respiration der Kinder, die sich im Knabenalter (*pueritia*), d. h. zwischen 3 bis 14 Jahren befinden, bezeichnet hat, nicht auf diejenigen anwendbar ist, die der zartesten Kindheit noch nicht entwachsen sind, d. h. das zweite oder dritte Jahr noch nicht erreicht haben."

„Ich kann Sie auf diesen Umstand nicht oft genug aufmerksam machen; denn, wenn Sie das, was sonst sehr achtungswerthe Autoren über die Phänomenologie der Brustkrankheiten der Kinder geschrieben haben, ohne Einschränkung als wahr annähmen, so könnten Sie leicht in den Irrthum verfallen, einen matten Perkussionston und ein schwaches Respirationsgeräusch für die Wirkungen eines pathologischen Zustandes zu halten, die in der That ganz normale Erscheinungen sind. Ich würde jedoch meine Aufgabe nur als zur Hälfte gelöst betrachten, wenn ich Sie nicht mit einigen Umständen bekannt machte, welche, bei sonst ganz gesunden Säuglingen, auf das Ergebniss der Perkussion und Auskultation einen modifizirenden Einfluss ausüben."

„Ich habe wohl nicht nöthig, Ihnen zu sagen, dass man bei der Perkussion einen oder mehrere Finger zwischen die perkutirende Hand und die Brustwandung legen muss; das Plessimeter bietet überall keinen Vortheil dar, und hat in vielen Fällen noch das Unangenehme, dass es sich den Umrissen einer kleinen Brust nur schlecht akkomodirt.

Die beste Stellung für die Perkussion ist die, dass das Kind sitzend auf dem Schoosse der Mutter oder der Amme gehalten wird. Ist es in dieser Stellung nicht zur Ruhe zu bringen, so lasse man es so halten, dass das Kinn desselben auf eine Schulter, und der Bauch an die Brust der Mutter zu liegen kommt."

„In der sitzenden Stellung und beim ruhigen Verhalten des Kindes weicht der Perkussionston von dem, den man bei Erwachsenen wahrnimmt, in nichts ab; nur in der Lebergegend, d. h. an der Basis der rechten Brusthälfte, ist der Ton nicht so matt, wie bei älteren Kindern und Erwachsenen, obgleich bei Säuglingen die Leber verhältnissmässig sehr gross ist. Der Grund hiervon liegt darin, dass bei diesen letzteren das Zwerchfell mehr plan ist und die Leber sich mehr unterhalb der falschen Rippen befindet. Liegt aber das Kind auf dem Bauche, so ist der Perkussionston nicht nur an der Rückenseite der rechten, sondern auch an der der linken Brustseite matt, und dieses rührt theils davon her, dass die Leber durch den, auf das Abdomen ausgeübten Druck in die Höhe gedrängt wird, theils davon, dass die ausserordentliche Biegsamkeit der Rippen bei so zarten Kindern dem genannten Eingeweide, so wie dem Herzen gestattet, sich der *hinteren* Brustwand zu nähern."

„Diese Umstände sind von grosser Wichtigkeit, und so oft ich dieselben ausser Acht gelassen habe, so oft bin ich in diagnostische Irrthümer verfallen, die ich zuweilen lediglich dadurch verbesserte, dass ich das Kind eine andere Lage annehmen liess."

„Auch die Art der Respiration modifizirt zum Theil das Ergebniss der Perkussion. Wenn das Kind gereizt ist und stark respirirt, so ist der Ton während der Exspiration matt, während der Inspiration dagegen hell. Der Grund dieses Phänomens ist leicht einzusehen, und ich kann füglich jeder weiteren Erklärung desselben überhoben sein."

„Auch bei der Auskultation bemerkt man einige Eigenthümlichkeiten, die hier erwähnt zu werden verdienen. Wenn das Kind vollkommen ruhig ist, so weicht die Respiration von der eines Erwachsenen nicht merklich ab. Das Einathmen geht ziemlich geräuschvoll von Statten, während das Ausathmen kaum vernehmbar ist; ausserdem geschieht ersteres unter einer lebhaften Muskelaktion, aber langsam, letzteres dagegen ist ein mehr passiver Akt und wird schnell vollzogen. Befindet sich aber das Kind in einem gereizten Zustande, so geht die Inspiration äusserst schnell von Statten, so dass die Ausdehnung des Thorax kaum wahrgenommen wird, während die Exspiration langsam und

mittelst aller derjenigen Muskeln vollzogen wird, die überhaupt bei diesem Akte thätig sind. Die Luft dringt durch die Glottis in einem kleinen Strom, aber mit einem ziemlich lauten Geräusch."

„Diesen Rhythmus der Respirationsbewegungen muss man kennen, um die Veränderungen, welche gewisse pathologische Geräusche dadurch erleiden, richtig deuten und würdigen zu können. Sie werden in der That einsehen, dass, wenn, wie Herr Beau glaubt, und ich selbst zu glauben geneigt bin, das blasende Geräusch bei der Respiration im Larynx entsteht, und mittelst der in der Trachea und den Bronchien enthaltenen Luft dem Ohre zugeführt wird, dieses Geräusch um so deutlicher und lauter sein wird, je geräuschvoller die Luft selbst durch den Larynx geht. Dieses ist der Fall bei Erwachsenen. Die Inspiration geht langsam, die Exspiration schnell von Statten; daher geht die eingeathmete Luft geräuschloser durch den Larynx, als die ausgeathmete; daher nimmt man auch das *„bruit de souffle"* hauptsächlich während der Exspiration wahr. Wenn aber, wie bei gereizten Kindern, die Inspiration schnell vor sich geht, so hört man die blasende Respiration gerade während des Einathmens am stärksten."

C. *Hôpital des Enfans malades* in Paris (Klinik von Guersant dem Vater).

Rheumatismus articularis acutus. — Betrachtungen über die Dauer und Behandlung dieser Affektion bei Kindern.

„In dem Saale Saint-Jean befand sich ein Knabe von ungefähr 13 Jahren, welcher, nach der Angabe der Eltern, seit etwa 3 Wochen krank war. Von guter Konstitution und lymphatisch-sanguinischem Temperament hatte sich dieser Knabe stets gesund befunden, und von den gewöhnlichen Kinderkrankheiten nur die Masern gehabt, welche einen ganz gutartigen Verlauf genommen hatten und ohne alle üblen Folgen vorüber gegangen waren; seitdem war er immer gesund und litt nur zuweilen während des Winters an leichten rheumatischen Schmerzen. Ungefähr 3 Wochen vor seiner Aufnahme in das Hospital, als er gerade, erhitzt und von Schweiss bedeckt, in die Werkstätte seines Meisters ging, erkältete er sich, und am anderen Morgen empfand er beim Aufstehen im rechten Arm einen sehr lebhaften

Schmerz, der vorzüglich im Ellenbogen- und Handgelenke seinen Sitz hatte. Er erinnerte sich nicht mehr, ob diese beiden Gelenke damals geröthet oder geschwollen waren. Da der Schmerz nicht einen solchen Grad von Heftigkeit erreichte, dass er ihn am Arbeiten verhindert hätte, so lag er noch während der nächsten 3 Tage seinen gewöhnlichen Geschäften ob, nach deren Verlauf er jedoch genöthigt war, sich zu Bette zu begeben, nachdem zuvor auch der linke Arm und das rechte Kniegelenk schmerzhaft zu werden angefangen hatten. Während der ganzen 3 Wochen ist er ohne alle ärztliche Behandlung geblieben; die Schmerzen dauerten in dem linken Arme und in beiden Kniegelenken mit gleicher Heftigkeit fort, hatten aber im rechten Arm ein wenig nachgelassen. Bei seiner Aufnahme in das Hospital war sein Zustand folgender:

Das Gesicht war lebhaft geröthet, die Haut heiss und feucht, die Augen glänzend, der Puls beschleunigt (104—108) und ziemlich entwickelt. Der Perkussionston und das Respirationsgeräusch waren überall normal, eben so boten die Herzgeräusche nichts Abnormes dar. Das linke Ellenbogengelenk war ein wenig angeschwollen und schmerzhaft, aber nicht geröthet; dasselbe war auch mit dem Schultergelenk derselben Seite der Fall. Der rechte Arm war fast ganz frei von Schmerz; dagegen waren beide Knie sehr schmerzhaft, ohne jedoch geröthet oder angeschwollen zu sein. Das rechte Fussgelenk zeigte einige Röthe und Anschwellung, war aber schmerzlos. Die Zunge war ein wenig belegt, es war lebhafter Durst und Anorexie zugegen. (Es wurden Kataplasmen auf die schmerzhaften Gelenke gelegt, und eine strenge Diät angeordnet.)"

„Am anderen Morgen war der Zustand fast ganz derselbe; der Puls zeigte immer noch 104 — 108 Schläge, die Haut war immer noch heiss und zum Schweiss geneigt. (Ein Aderlass, im Uebrigen wie oben.)"

Den 4ten. „Der Knabe fühlt sich etwas besser. Der Kopfschmerz, über den er die nächst vorhergehenden Tage sehr geklagt hatte, hat bedeutend abgenommen; die Haut fühlt sich etwas weniger heiss an, der Puls zeigt jedoch noch immer 104 Schläge. Die Schmerzen im linken Arm und im rechten Kniegelenke sind fast noch so heftig, wie früher; dagegen ist eine merkliche Abnahme der Geschwulst des linken Ellenbogengelenkes eingetreten. Die Zunge ist noch immer belegt, der Durst lebhaft. Die Auskultation und Perkussion ergaben nichts Neues. (Einen Aufguss von Boretschkraut, Kataplasmen; Diät, wie früher.)"

Den 7ten. „Es ist in dem Zustande des Kranken eine merkliche Besserung eingetreten. Der Schmerz und die Geschwulst des linken Armes sind fast ganz verschwunden, und ist in demselben nur eine leichte Steifigkeit, die die Bewegungen etwas hindert, zurückgeblieben. In dem rechten Arm empfindet der Kranke einige vage, leichte Schmerzen, die er sich dadurch zugezogen haben muss, dass er denselben, während er sich im Schweisse befand, ausserhalb des Bettes gehalten hatte. Die Knie- und Fussgelenke sind bei den Bewegungen noch etwas genirt und steif, jedoch ohne Geschwulst und Röthe."

„Von diesem Tage an schritt die Rekonvaleszenz rasch und ununterbrochen fort. Der Knabe hat fortdauernd guten Appetit und gehen alle Funktionen gut von Statten."

„Mit Ausnahme einiger vager Schmerzen, die von Zeit zu Zeit die Gliedmaassen durchziehen, aber von keiner Röthe in den Gelenkgegenden begleitet sind, fühlte sich der Knabe ganz wohl, und wurde am 21sten desselben Monats, 19 Tage nach seiner Aufnahme in das Hospital, vollkommen gesund entlassen."

„Obgleich man sowohl in den Hospitälern als in der Privatpraxis ziemlich häufig Fälle von akutem Gelenk-Rheumatismus beobachtet, so kommt derselbe bei Kindern weit seltener vor, als bei Erwachsenen. Ob nun die Ursache dieser Frequenzverschiedenheit darin zu suchen sei, dass die Umstände, unter deren Einfluss der Gelenk-Rheumatismus sich gewöhnlich zu entwickeln pflegt, von der Art sind, dass sich Erwachsene häufiger in denselben befinden, als Kinder, indem erstere z. B. fortdauernd jedem Witterungswechsel ausgesetzt sind, oft ohne dass sie irgend eine schützende Vorsicht dagegen gebrauchen; oder aber in den Differenzen, welche, der Natur der Sache gemäss, zwischen der Konstitution, dem Temperament und der Entwickelung der Organe eines Erwachsenen und denen eines Kindes obwalten: dieses ist eine Frage, deren Lösung auf dem jetzigen Standpunkt unserer Wissenschaften unmöglich ist. Die Thatsache aber lässt sich nicht ableugnen, und es war meine Pflicht, Sie darauf aufmerksam zu machen. Uebrigens ist dieses nicht der einzige Unterschied, den man in Betreff des Gelenk-Rheumatismus zwischen einem Erwachsenen und einem Kinde wahrnimmt. Die örtlichen sowohl als allgemeinen Erscheinungen, welche in Bezug auf ihren Charakter in allen Lebensaltern durchaus dieselben sind, sind bei einem Kinde von weit geringerer Intensität und von viel kürzerer Dauer, als bei einem Erwachsenen. Sie haben sich hiervon in dem eben mitgetheilten Falle leicht überzeugen können.

Es ist in der That selten, bei einem Erwachsenen den Rheumatismus, wenn dieser von so bestimmt ausgeprägten Symptomen begleitet ist, als es bei jenem Knaben der Fall war, so schnell verschwinden, und die Rekonvaleszenz ohne irgend einen Rückfall verlaufen zu sehen. Denn es gehört mit zu den Eigenthümlichkeiten des akuten Gelenk-Rheumatismus, welche Behandlung man auch zu seiner Bekämpfung einschlagen mag, dass er bei den Kranken eine ausserordentliche Disposition zu Rezidiven zurücklässt, die nicht nur später bei jeder Veränderung der atmosphärischen Verhältnisse, sondern auch schon während der Rekonvaleszenz eintreten. Nach den tabellarischen Angaben derjenigen Autoren, welche über Kinderkrankheiten geschrieben haben, scheint es, als wenn die in Rede stehende Affektion bei Kindern selten länger als 15 bis 20 Tage dauert. Indessen darf man diese Zeitangabe nicht immer als Norm betrachten, sondern muss in konkretem Falle die Intensität und die allgemeine Verbreitung der Krankheit in Anschlag bringen. Denn die Dauer der Krankheit ist im Allgemeinen um so kürzer, je einfacher, gelinder und beschränkter sie ist, — ein Gesetz, das sich übrigens fast bei allen akuten Krankheiten geltend macht."

„Es leuchtet aber ein, dass, wenn eine rheumatische Affektion mit einer Entzündung innerer, wichtiger Organe, z. B. einer Endokarditis, Perikarditis u. s. w., komplizirt ist, dieselbe von längerer Dauer und gefährlicher sein muss. Hierbei muss ich bemerken, dass die, in Folge des akuten Gelenk-Rheumatismus entstehende Entzündung der inneren oder äusseren Haut des Herzens bei Kindern weder häufiger noch seltener vorkommt, als bei Erwachsenen. Ich habe häufig Kinder von einem derartigen Rheumatismus ergriffen gesehen, ohne dass irgend eine Affektion des Herzens, weder als gleichzeitige Komplikation, noch als eine Folgekrankheit, eingetreten wäre; auf der anderen Seite habe ich organische Krankheiten des Herzens chronischen Charakters wiederholentlich bei Individuen beobachtet, die nie am Rheumatismus gelitten hatten. Indessen ist diese Komplikation, wenn sie vorhanden ist, stets bedenklich, und zwar ebensowohl wegen der entfernteren Folgen, die daraus entstehen können, als auch wegen des tödtlichen Ausganges, den der gegenwärtige akute Rheumatismus dadurch leicht nehmen kann. So gut daher die Prognose im Allgemeinen ist, wenn die Affektion als eine einfache auftritt und noch frisch ist, so traurig wird sie, wenn gleichzeitig eine der genannten Entzündungen des Herzens zugegen ist, und der Rheumatismus bereits längere

Zeit besteht. Bemerken muss ich hier noch, dass ich allen Grund habe zu glauben, — obgleich ich eine derartige Beobachtung zu machen noch keine Gelegenheit gehabt habe, — dass, wenn der akute Gelenk-Rheumatismus mit dem Tode endigt, derselbe eine Suppuration in den affizirten Gelenken herbeiführen könne. In denjenigen Fällen, wo er diesen Ausgang nicht nimmt, kann man oft deutlich die, durch einen Wassererguss bewirkte Entfernung der Kniescheibe von dem Kondylus der Tibia wahrnehmen."

„Wie bei Erwachsenen ist auch bei Kindern die Diagnose des akuten Rheumatismus in der grössten Mehrzahl der Fälle sehr leicht. In einem jüngst erschienenen Werke über Kinderkrankheiten habe ich drei Affektionen angedeutet gefunden, mit welchen man, wie die Verfasser sagen, den Rheumatismus leicht verwechseln könnte. Es sind dieses: die Gelenkentzündung in der Pockenkrankheit, der Bluterguss innerhalb der Gelenkkapseln, und die, in Folge der Phlebitis entstehende Entzündung der Gelenke. Was nun die erstere betrifft, so wird die Anwesenheit des Exanthems hinreichen, um den Charakter der vorhandenen Affektion erkennen zu lassen, und selbst wenn es sich ereignen sollte, dass man jenen Gelenkschmerz, der während des Verlaufes der Variola eintritt, für eine rheumatische Komplikation hält, so würde ein solcher Irrthum für den Kranken gewiss von geringer Bedeutung sein. — Dagegen ist die Gelenkentzündung, die auf eine Phlebitis folgt, allerdings leicht mit einer *Arthritis rheumatica* zu verwechseln, namentlich dann, wenn die Gegenwart von Eiter in den Gelenkkapseln an jenen Ausgang der letztgenannten Affektion glauben lässt, von dem ich kurz vorher gesprochen, nämlich an den Ausgang in Suppuration. Indessen ist eine genaue Unterscheidung beider Krankheitszustände auch hier von keiner grossen Wichtigkeit, da die Behandlung immer dieselbe sein muss, die veranlassenden Ursachen der Gelenkaffektion und der allgemeinen, rationellen Erscheinungen mögen gewesen sein, welche sie wollen. — Den Bluterguss innerhalb der Gelenkkapseln endlich betreffend, so ist dieses eine äusserst seltene Affektion, von der wir kaum einige wenige Beobachtungen besitzen, und auf die wir daher bei einer Frage in Betreff der differentiellen Diagnose keine besondere Rücksicht zu nehmen haben. Bevor ich nun zur Behandlung des akuten Rheumatismus übergehe, erlauben Sie mir einige Worte über die Ursachen desselben zu sagen. Worin auch das eigentliche Wesen des Rheumatismus bestehen mag, sei es, dass dasselbe in einer einfachen Entzündung zu suchen sei, wie einige neuere

Autoren behauptet haben, sei es, dass es auf der Anwesenheit eines eigenthümlichen Krankheitsstoffes, einer sogenannten rheumatischen Schärfe, beruhe, gewiss ist, dass der plötzliche Uebergang aus der Wärme in die Kälte es ist, welcher am häufigsten zur Entstehung des Rheumatismus sowohl bei Erwachsenen als bei Kindern Veranlassung giebt. Ob nun diese Erkältung den Rheumatismus bei einem früher ganz gesunden Individuum hervorzurufen vermag, oder ob sie nur die äussere Erscheinung einer Affektion befördert, deren Keim bereits längst im Organismus gelegen, und die früher oder später auch ohne dieselbe dennoch zum Ausbruche gekommen wäre, ist für uns ganz gleichgültig. Für unseren Zweck genügt es, zu wissen, dass die Kälte bei der Erzeugung des Rheumatismus wirksam sei; auf welche Weise dieses geschehe, liegt uns hier nicht ob, zu ermitteln."

„Nicht so verhält es sich mit den prädisponirenden Ursachen, die allerdings unsere Aufmerksamkeit verdienen. Eine besondere Berücksichtigung verdient in dieser Beziehung das Alter der betreffenden Individuen, indem der Rheumatismus, wie ich früher angegeben habe, bei Kindern weniger häufig vorkommt, als bei Erwachsenen. Vor dem 7ten oder 8ten Lebensjahre kommen Beispiele dieser Affektion äusserst selten vor; am häufigsten beobachtet man sie, wenn sie jüngere Individuen ergreift, zwischen dem 12ten und 14ten Jahre. In diesem Alter befand sich auch der Knabe, dessen Krankheitsgeschichte ich Ihnen mitgetheilt habe."

„Der Einfluss der Geschlechtsverschiedenheit tritt wenig hervor; nicht so verhält es sich jedoch mit den verschiedenen Konstitutionen, denn man hat die Beobachtung gemacht, dass Individuen von lymphatischer Konstitution, mit blonden Haaren und einer weissen und zarten Haut, zu rheumatischen Affektionen mehr disponirt sind, als andere. Eine erbliche Anlage scheint sich hierbei nicht geltend zu machen, denn man bemerkt nicht, dass Kinder an Rheumatismus leidender Eltern dieser Affektion häufiger unterworfen wären, als andere."

„Was nun endlich die Behandlung des akuten Gelenk-Rheumatismus betrifft, so werde ich zunächst einige Mittel, die man in der neuesten Zeit gegen diese Affektion vielfach empfohlen hat, einer kurzen Prüfung unterwerfen, und dann dasjenige Verfahren angeben, welches mir das zweckmässigste zu sein scheint."

„Es ist mir nicht bekannt, dass man das Nitrum in grossen Dosen je bei Kindern angewendet, oder, wenn dies der Fall, dass es bei ihnen

befriedigendere Resultate geliefert hätte, als bei Erwachsenen; dass überhaupt die neuesten Erfahrungen die ausserordentliche Wirksamkeit und grossen Vorzüge nachgewiesen haben, die man diesem Mittel bei der in Rede stehenden Affektion zugeschrieben hat. Ueberdies bedingt die Anwendung dieses Salzes die Aufnahme einer grossen Quantität Flüssigkeit, und man weiss, wie schwer es oft hält, Kindern die nöthige Menge flüssiger Substanzen beizubringen."

„Mit dem schwefelsauren Chinin verhält es sich fast eben so, wie mit dem Nitrum. Man weiss jetzt bereits, was man von jenen wunderbaren Kuren zu halten hat, die man diesem Mittel zur Zeit, als es zuerst gegen den Rheumatismus empfohlen wurde, beigemessen, und dasselbe verdient in Betreff der in Rede stehenden Affektion um so mehr der Vergessenheit übergeben zu werden, als es, wie das Nitrum, keinesweges ein unschuldiges Mittel ist. Man kennt in der That die traurigen Folgen, die es in der neuesten Zeit bei Individuen herbeigeführt hat, denen man es in wahrhaft vergiftenden Dosen verabreicht hatte."

„Es scheint mir demnach, dass man beim akuten, fieberhaften Gelenk-Rheumatismus am zweckmässigsten eine antiphlogistische Behandlung einleitet, dabei jedoch eine weise Vorsicht und Mässigung beobachtet. Die Quantität des zu entziehenden Blutes, so wie die etwaigen Wiederholungen der örtlichen oder allgemeinen Blutentziehungen, müssen nach der Intensität und Dauer der Krankheit, so wie dem Alter und der Konstitution des Kindes ermessen werden. Denn es leuchtet ein, dass ein Kind von 12 oder 13 Jahren nicht den Verlust einer solchen Menge Blutes ertragen wird, als ein Erwachsener von 25 oder 30 Jahren. Besonders sind Blutentziehungen dann angezeigt, wenn eine ernste Komplikation von Seiten eines Brustorgans zugegen ist. Besänftigende Einreibungen, einige diaphoretische Getränke, Kataplasmen und, wenn die Jahreszeit es gestattet, Bäder, und endlich einige Laxantia, werden die Behandlung vervollständigen."

IV. *Das Wissenswertheste aus den neuesten Zeitschriften und Werken.*

1. Beobachtungen über Intussuszeption bei Kindern.

Die Intussuszeption, berichtet John Gorham, ist keine ungewöhnliche, jedoch sehr häufig tödtliche Krankheit. Sie besteht in der Einschiebung eines Darmstücks in ein anderes, wobei ein Theil des Mesenteriums mit hinein gezogen wird. Das eingeschobene Darmstück befindet sich im kontrahirten Zustande, und hat oft eine sehr beträchtliche Länge. In der Regel geschieht die Einschiebung von oben nach unten, doch kommt auch in seltenen Fällen das Gegentheil vor. Die Intussuszeption kann in jedem Theile des Darmkanals vor sich gehen, indess zeigt die Erfahrung, dass dies am häufigsten im Dünndarme geschieht. Dr. Baillie hat eine Invagination in das Jejunum dargestellt. Bei flüchtiger Betrachtung könnte man es für gleichgültig halten, ob das Duodenum, das Jejunum, oder das Ileum der affizirte Theil ist; doch lehren die Leichenöffnungen, dass, wenn der untere Theil des Ileums einen Theil der Invagination bildet, die Krankheit *inflammatorischer* Natur, mit hoher Gefahr verbunden und häufig lethal ist. Sowohl die Leichenbefunde, wie die Erscheinungen während des Lebens scheinen die Eintheilung der Krankheit in zwei Gattungen zu rechtfertigen: die erste verläuft ohne entzündliche Komplikation, die zweite ist von akuter Entzündung und ihren Folgen begleitet.

1. Intussuszeption ohne Entzündung.

Diese Gattung kommt häufiger im kindlichen, als im erwachsenen Lebensalter vor, und verdient in den meisten Fällen nicht den Namen einer Krankheit, da sie die Funktionen des Darmkanals nicht stört. In einem seltenen Falle bestand die Dislokation schon bei der Geburt. Der eingeschobene Darmtheil kann in den meisten Fällen wieder frei werden, indem keine unnatürliche Verdickung oder Entzündung als Hinderniss wirkt. Die Länge der Invagination variirt von 1 oder 2 bis zu 8, 10, selbst 20 Zollen, und mit der Länge derselben wächst auch die Gefahr. In der Regel ist bei dieser nicht entzündlichen Art die Einschiebung auch nicht bedeutend lang. Wir haben häufig 3 oder 4 Invaginationen zu gleicher Zeit vorgefunden, doch kann ihre Anzahl noch grösser sein; so wurden in einem Falle nicht weniger als 47 ohne die geringste Entzündung gefunden. Bei Kindern kommt dies

nicht selten vor. In allen tödtlichen Fällen von Diarrhoe, welche Dr. Cheyne untersucht hat, fand er im Darmkanal eine grosse Anzahl einzelner Kontraktionen, und eine oder mehrere Intussuszeptionen. Der Bruder des Dr. Burns beobachtete 50 tödtliche Fälle von Diarrhoe, in welchen allen sich Intussuszeptionen vorfanden. Der grösste Theil von 300 Kindern, die im Hospital der Salpetrière an Wurm- oder Dentitionszufällen starben und von Louis untersucht wurden, bot 2, 3, 4, selbst mehrere Volvuli ohne Entzündung dar. Ich selbst habe mehrere Kinder, die an verschiedenen Krankheiten gestorben waren, geöffnet, und bei allen, mit Ausnahme eines einzigen, einen oder mehrere Volvuli gefunden.

Es giebt keine Symptome, durch welche wir im Stande wären, das Vorhandensein dieser einfachen, nicht entzündlichen Intussuszeption zu erkennen; da sie indess bei Kindern so häufig vorkommt, so glaube ich, dass die Symptome mit denen der Kolik identisch sind; denn Kolik ist nichts weiter, als eine spasmodische Kontraktion der Muskelfasern des Darmkanals, worin das erste Stadium der Intussuszeption ebenfalls besteht. Wenn demnach bei Kindern heftiges Geschrei ohne Vorboten eintritt, mit Härte der Bauchmuskeln, Umsichschlagen, Heraufziehen der Schenkel, so glaube ich, dass diese Symptome beiden Krankheiten gemeinsam sind, und demnach auch eine gleiche Behandlung erfordern. Was die Ursachen dieser nicht-entzündlichen Intussuszeption betrifft, so bemerke ich, dass ein Kind schon wegen der natürlichen Irritabilität des Muskelsystems dieser Krankheit mehr ausgesetzt ist; sie ist aber im Kindesalter zugleich weniger gefährlich, wegen der grösseren Laxität der Faser, und des geringeren Grades von Striktur und Anschwellung. Jede unnatürliche Irritation vermag eine partielle Kontraktion und somit eine Invagination zu erzeugen; Verstopfung, zu reichliche Nahrung, unregelmässige Diät, scharfe Purganzen, — oder solche, die Leibkneifen hervorbringen, wie Sennathee (durch Abkochung der Blätter) — und Diarrhoe sind unter den ätiologischen Momenten aufzuführen.

Die Erfahrung hat gelehrt, dass diese nicht-inflammatorische Intussuszeption gefahrlos ist. Monro sagt, dass sie kaum den Namen einer Krankheit verdiene, und Louis bemerkt von den Fällen, die ihm vorkamen: „Kein Umstand konnte zu der Annahme führen, dass diese Affektionen während des Lebens nachtheilig waren." Diese Fälle scheinen zugleich den Beweis zu führen, dass Intussuszeptionen bloss durch die Aktion der Gedärme sich bilden und wieder zurückbil-

den können. Auch Dr. Baillie bemerkt, dass die Theile vollkommen frei von Entzündung erscheinen, und dass die Invaginationen durch die natürliche peristaltische Bewegung wahrscheinlich leicht entfernt werden können. Dagegen versichert Dr. Burns, dass diese nicht entzündliche Art von Intussuszeption die häufigste Ursache der lethalen Durchfälle sei, indem sein Bruder nicht weniger denn 50 Fälle dieser Art beobachtet habe. Man begreift schwer, wie Dr. Burns zu diesem Schlusse gekommen ist, wenn man bedenkt, dass Diarrhoe auch ohne Intussuszeptionen tödtlich enden kann, und dass die letztere Affektion nach sicherer Erfahrung in sehr vielen Fällen vorhanden ist, ohne Störungen, viel weniger Lebensgefahr zu veranlassen. Es wird zwar Keiner die Existenz der Intussuszeptionen in den von Dr. Burns angeführten Fällen leugnen wollen; wenn man aber 50 an anderen Krankheiten verstorbene Kinder obduziren wollte, so würde man wahrscheinlich, ja man kann sagen gewiss, fast bei allen in verschiedenen Theilen des Darmkanals eine oder mehrere Intussuszeptionen finden. Dr. Dewees sagt: „Fast alle Schriftsteller haben beobachtet, dass diese Form der Diarrhoe (er spricht von der chronischen) zuweilen ganz plötzlich mit heftigem Erbrechen oder Konvulsionen endet." „Ist es nun nicht mehr als wahrscheinlich", frägt dieser Autor, „dass die unmittelbare Ursache des Todes in der Einschiebung der Gedärme ihren Grund hat?" Ich antworte darauf, auf Thatsachen gestützt, dass die Tödtlichkeit dieser nicht entzündlichen Intussuszeption noch nicht erwiesen ist; denn in allen Fällen, wo man diese fand, war noch eine andere Krankheit, deren Existenz vor dem Tode festgestellt und deren Lethalität durch die Erfahrung aller Aerzte bestätigt wurde, vorhanden.

Wenn diese einfache Invagination gefährlich wäre, so würden von 10 Kindern wahrscheinlich 8, wenn nicht mehr, zu Grunde gehen, was doch wahrlich nicht der Fall ist. Ich schliesse daher aus den angeführten Thatsachen auf die Gefahrlosigkeit der abgehandelten Krankheit.

2. Entzündliche Intussuszeption.

Ehe ich zur Betrachtung derselben übergehe, sei es mir vergönnt, einige Worte über die Entstehung einer Intussuszeption und über die zu ihrer Hervorbringung nöthigen Umstände zu sagen. Die Intussuszeption besteht im Ganzen aus drei Darmfalten:

1) Die innere, welche in der Richtung der Intussuszeption verläuft.

2) Die mittlere, welche ein Umschlag (*reflection*) der inneren ist, und in einer entgegengesetzten Richtung läuft.

3) Die äussere, welche ein Umschlag der mittleren ist, und dieselbe Richtung wie die innere hat.

Diese dritte, oder der enthaltende Theil, befindet sich stets in der natürlichen Lage. Die erste, oder der enthaltene Theil, befindet sich in der natürlichen Richtung, vorausgesetzt, dass wir es mit einer progressiven Intussuszeption, wie sie Hunter nennt, zu thun haben.

Zur Hervorbringung einer Intussuszeption ist ferner nöthig, dass entweder:

1) eine Kontraktion des Theils, der eingeschoben werden soll, oder

2) eine Dilatation desjenigen Theils, den wir als äussere Falte bezeichnet haben, oder

3) eine natürliche und plötzliche Ungleichheit des Kalibers eines Darmstücks erfolge.

Das erste kann durch Spasmus bedingt werden, das zweite durch Flatus, während das dritte Erforderniss schon im normalen Zustande vorhanden ist, nämlich an der Einmündungsstelle des Ileum in das Coekum. An dieser Stelle nimmt die Intussuszeption ihren gefährlichsten Charakter an, und bringt eine so komplizirte Dislokation der Därme hervor, dass sie fast unglaublich erscheinen würde, wäre sie nicht durch anatomische Beobachtung nachgewiesen.

Die äussere Falte ist die einzige, welche, wenn die Krankheit begonnen hat, thätig ist; durch ihre peristaltische Bewegung drängt sie das eingeschobene Stück immer tiefer abwärts, und kann auf diese Weise die Länge der Invagination um ein Bedeutendes vermehren. In dieser Beziehung zeigt sich ein grosser Unterschied zwischen der Intussuszeption an der Grimmdarmklappe und derjenigen, die an anderen Stellen des Darmkanals stattfindet; da nämlich nur die äussere Darmfalte thätig ist, so wird dieselbe fortfahren, das von ihr eingeschlossene Darmstück, vorausgesetzt, dass dies immer passiv bleibt, fortzudrängen. Und hierin scheint mir die Ursache begründet zu sein, weshalb die Invagination des Dünndarms in das Kolon so wenig Widerstand findet; es braucht sich nämlich das Ileum gar nicht widernatürlich zu kontrahiren, ehe es sich in den Dickdarm einschiebt, da dieser schon an sich ein so viel grösseres Kaliber hat. Wie verschieden zeigt sich dagegen die spastische Invagination! Es liegt im Wesen des Krampfes —

paroxysmenweise aufzutreten — schnell zu gehen und zu kommen, wodurch eine Reduktion der Einschiebung, wenn der Krampf nachlässt und die innere Darmfalte nach einer der Invagination entgegengesetzten Richtung hin thätig wirkt, möglich wird. Die Intussuszeption an der Grimmdarmklappe geht aber ohne Krampf, ohne widernatürliche Kontraktion des Darms vor sich, folglich auch ohne Möglichkeit einer Reduktion, wie sie bei spastischen Ursachen zu hoffen gewesen wäre. Diese Betrachtungen führen mich unmittelbar zu dem Gegenstande, den ich hier zu erörtern beabsichtige; dies ist die entzündliche und gefährliche Form der Intussuszeption. Sie unterscheidet sich auffallend, und fast in jedem Punkte, von der nicht-entzündlichen Art, nicht allein in Betreff ihrer Symptome, sondern auch in der Art ihrer Entstehung, ihrer Lage und Gefahr. Da ich es vorziehe, meine Ansichten mehr auf Thatsachen, als auf vorgefasste Hypothesen zu gründen, so habe ich dieser kleinen Abhandlung einige Fälle angereiht. Aus den Sektionsberichten wird man die gewöhnliche Lage der entzündlichen Intussuszeption ersehen, so wie auch die als konstant bemerkten Symptome genau angegeben sind. Wenn man auch behauptet hat, dass die Diagnose dieser Krankheit ausserordentlich dunkel sei, so hoffe ich doch thatsächlich darzuthun, dass dies im frühen Kindesalter nicht der Fall ist, gebe aber zu, dass in Bezug auf diese Affektion bei Erwachsenen noch Vieles aufzuklären übrig bleibt.

Hunter sagt bei Gelegenheit der Diagnose: „Wenn wir eine heftige Affektion der Därme mit Verstopfung vor uns haben, so sind wir durch die Resultate der Leichenöffnungen berechtigt anzunehmen, dass diese Krankheit zu Grunde liege." Und bald darauf: „Es giebt indess so viele andere Affektionen, die mit denselben Symptomen auftreten, dass man nichts mit Gewissheit bestimmen kann."

Ich gehe nun zur Analysirung der Fälle über. — Wenn man mich, ehe ich die inflammatorische Intussuszeption genau kannte, gefragt hätte, was ich von der früheren Gesundheit der meisten an dieser Krankheit leidenden Kinder hielte, so würde ich geantwortet haben: „dass sie wahrscheinlich schwächlich, irritabel und besonders geneigt zu Darmaffektionen gewesen seien." Doch mit zwei Ausnahmen wurde in allen Fällen, deren ich mich erinnere, nachgewiesen, dass die Gesundheit stets vortrefflich war, — dass der kleine Kranke niemals über den Unterleib geklagt hatte. Ferner, dass nichts natürlicher, als die Annahme, dass, wenn in der That eine beträchtliche Intussuszeption stattgefunden hat, sich eine Geschwulst bilden müsse, die man von

aussen her fühlen kann; aber wie trügerisch ist auch dies Symptom! In allen Fällen, welche untersucht wurden, bildete ein oder das andere Stück des Dickdarms die äussere Falte der Intussuszeption. In allen trat der Tod in weniger als 120 Stunden ein. Erbrechen war ein fast konstantes Symptom, und es ist auch gewiss in allen Fällen zugegen gewesen, wenn es auch mitunter nicht erwähnt ist. Der Puls schien keine genügende Auskunft zu geben, um sich auf denselben verlassen zu können. In dem Falle von Dr. Ash hatte er nicht einmal die gewöhnliche Frequenz; in dem von mir beobachteten Falle übertraf er diese weit (er schlug nämlich 200mal in der Minute). In den anderen Fällen wird seiner gar nicht Erwähnung gethan. Zuweilen konnte man eine Geschwulst in der Bauchhöhle fühlen. Was den Schmerz betrifft, so ist es wohl nicht nöthig, darüber zu sprechen, da das Kind zu jung ist, um über ein solches Symptom Auskunft geben zu können. Indessen waren doch deutliche Anzeichen vorhanden, dass Schmerz empfunden wurde, z. B. heftiges, paroxysmenweise eintretendes Geschrei, Heraufziehen der unteren Extremitäten, Elevation der Oberlippe u. s. w. Ein konstantes Symptom war jedoch der Blutabgang durch den Mastdarm; das Blut selbst befand sich in verschiedenem Zustande, war aber nie mit Fäkalmaterien, sondern hauptsächlich mit Schleim vermischt. Ich möchte dies Symptom besonders hervorheben, weil ich demselben eine grosse Wichtigkeit beilege. Das Blut scheint in vielen Fällen frisch und flüssig zu sein, seine Quantität variirt ausserordentlich. In Hrn. Muriels Falle ging mehr als eine Theetasse voll Blut verloren, so dass man die Krankheit für eine *Haemorrhagia intestinorum* hielt, zumal da das Kind, ehe es starb, ganz bleich und kalt wurde. Ich muss gestehen, dass ich in dem von mir beobachteten Falle über diesen Ausfluss aus dem Mastdarm bei einem so jungen Kinde nicht wenig überrascht war. Ich konnte den Fall für keine gewöhnliche Dysenterie halten, denn das Kind war vollkommen gesund, ohne Spuren von Diarrhoe, auch peritonitische Erscheinungen, die bisweilen mit Blutabgang verbunden sind, fehlten. Eben so wenig war eine Purpura, die überhaupt bei so jungen Kindern sehr selten ist, anzunehmen, und noch weniger Hämorrhoid- oder eine organische Krankheit des Darmkanals und der angrenzenden Gebilde. In allen tödtlichen Fällen bildete das Kolon die äussere Falte; es umschloss das untere Stück des Ileums, den wurmförmigen Fortsatz, das Coekum, und mehr oder weniger von dem umgestülpten Dickdarm, drängte diese Theile, vermöge seiner natürlichen peristaltischen Bewegung,

weiter fort, als ob es dieselben durch den After austreiben wollte, woran in Dr. Lettsoms Falle nicht viel fehlte; Dr. Ash, Blizard und Langstaff sahen die eingeschobenen Theile bis zur *Flexura sigmoidea* hinabgetrieben. Zuweilen geht das invaginirte Darmstück in Brand über und wird durch den Mastdarm ausgeschieden; der Agglutinationsprozess verhütet eine Unterbrechung der Kontinuität des Darmkanals. So wurden in einem Falle 18 Zoll vom Dünndarme durch den After ausgeleert.

Die Krankheiten, welche mit der in Rede stehenden Affektion verwechselt werden könnten, sind Entzündung des Darmkanals und *Hernia incarcerata.* Die letztere kommt im kindlichen Alter äusserst selten vor, und bei der Darmentzündung fehlen zwei Symptome, die für die Intussuszeption charakteristisch sind, nämlich das Erbrechen unmittelbar nach dem Genuss von Nahrungsmitteln und die blutigen Stühle (wenigstens im ersten Stadium der Darmentzündung); es treten sogar in der Regel einige Ausleerungen von Fäkalstoffen ein. Auch geht immer ein Reizzustand der Schleimhaut des Darmkanals, so wie allgemeines Unwohlsein der Krankheit voraus, dagegen die Intussuszeption in den meisten Fällen plötzlich mit den drohendsten Symptomen auftritt.

Was die Behandlung dieser gefährlichen Krankheit betrifft, so sind alle gewöhnlich angewandten Mittel, Anodyna, Purgantia, warme Bäder, Emetika u. s. w., erfolglos. Ganz zu verwerfen ist der Vorschlag, die Laparotomie zu machen, und die Därme auseinander zu wickeln. Wenn auch ein Fall bekannt ist, in welchem diese Operation (bei einem 20jährigen Neger) mit Erfolg vollzogen wurde, so dürfen wir sie doch bei Kindern nie versuchen, die ohne Zweifel an Konvulsionen in Folge der Operation zu Grunde gehen würden.

Von allen Kurmethoden verdient noch diejenige, welche sich der Inflation bedient, die meiste Beachtung. Sie besteht darin, dass man das Rohr eines gewöhnlichen Blasebalgs in den Mastdarm einbringt, und auf diese Weise die Därme aufbläst. In dem *American Journal of Medical science* finden sich drei auf diese Weise mit Glück behandelte Fälle. Man könnte anführen, dass Injektionen von Wasser dasselbe thun müssten, aber diese bleiben nicht im Darmkanal, namentlich wenn ihre Quantität etwas bedeutend ist; überdies gewährt das Einblasen von Luft noch den Vortheil der Elastizität und Ausdehnbarkeit. (*Guy's Hospital Reports.*)

---

2. Bemerkung über die Lähmung des *Sphincter ani* und des Mastdarms in dem adynamischen Stadium wichtiger Dysenterieen.

Dieser Aufsatz wurde von Pidoux in Folge eines mitgetheilten Falles von akuter Dysenterie geschrieben, wo die Stuhlausleerungen unwillkührlich erfolgten, und wo dieser Zustand durch eine Lähmung des *Sphincter ani* mit fast immerwährendem Offenstehen des Afters erklärt wurde.

Im vergangenen Monate Oktober bot sich Pidoux die Gelegenheit dar, in einem Dorfe der Eure einige Fälle einer epidemischen Ruhr, die grosse Verheerungen anrichtete, zu beobachten. Zwei Kranke hatten den letzten Abschnitt jenes adynamischen Zustandes erreicht, wo eine Art von partiellem Absterben des Afters, Mastdarms und vielleicht auch der höher gelegenen Theile des Dickdarms scheinbar eintrat. Eine dieser Beobachtungen ist die folgende:

Ein kleines Mädchen von 9 bis 10 Jahren, seit 17 Tagen krank, verfiel in einen adynamischen Zustand, der die grösste Aehnlichkeit mit dem unserer Cholerakranken im Jahre 1832 zeigte. Wie bei diesen waren die Gesichtszüge entstellt, die Augen tiefliegend, die Wangen mit mattem Roth bedeckt, die Stimme schwach und abgebrochen, die Haut der Vorderarme und Hände bläulich und kalt. Das Bewusstsein war vollkommen erhalten. An der Radialarterie war seit wenigstens zwei Stunden kein Puls mehr zu fühlen, der Leib war eingesunken, man sah von Zeit zu Zeit die Muskeln des sonst unbeweglichen Gesichts sich plötzlich zusammenziehen und sich gleichsam schmerzhaft der Mittellinie wieder nähern, dann zeigte ein grelles und klagendes Geschrei die noch vorhandenen Kolikschmerzen an. Aus dem Mastdarm ging ohne Tenesmus eine sehr geringe Menge einer serösen Flüssigkeit von graulicher Farbe und einem putriden, kadaverösen Geruche ab, der ein wenig an den erinnerte, der sich verbreitet, wenn man den Verband von einer Verbrennung im dritten Grade entfernt. Diese Ausleerungen glichen den bei der Ruhr entleerten Massen weder in Hinsicht des Geruchs, noch der Farbe, noch der Art der Exkretion. Es war der schlechte Eiter von starkem Geruche, der von einer schlechten Wunde abgesondert wird. Dennoch waren sie das Produkt von Darmausleerungen, denn eine Kolik ging ihrer Entleerung immer vorher. Die Zunge der Kranken war rein und feucht; einige Mal fand Singultus ohne Erbrechen statt. Sie verlangte zu essen.

Ich liess sie auf den Bauch legen, um die Beschaffenheit des Afterrandes zu untersuchen, und zu sehen, ob diese Entleerungen über entzündete oder ulzerirte Stellen, mit denen sie in Berührung kämen, hinweggingen, wie dies bei heftigen Dysenterieen vorkömmt. Wie gross war aber unser Erstaunen, als wir den After weit offen und eine ganz runde Oeffnung von einem grösseren Durchmesser als der eines 20 Sousstücks vorfanden. Diese Ausdehnung war aber nicht auf den Sphinkter beschränkt, sie breitete sich bis auf eine Tiefe von wenigstens drei Daumen nach oben aus. Die Berührung des Afters bewirkte keine Kontraktion seines Muskels. Näherte man demselben ein Licht, so konnte das Auge sehr leicht in den Mastdarm hineinsehen, und hier die durch die Dysenterie verursachten Zerstörungen entdecken. Ueber dem inneren Sphinkter war die Schleimhaut karmoisinroth, an einigen Stellen ins Schwarze spielend, an anderen mit Erosionen besäet und wie zusammengeschrumpft. An der obersten Stelle, und sicherlich mehr als drei Daumen vom After entfernt, unterschied man ganz deutlich zwei Flecke, von denen der eine ganz schwarz, vielleicht nur eine Ekchymose sein konnte, der andere hingegen dem Brande ähnlich, wie der durch *Kali causticum* erzeugte Schorf aussah. Alle angewandten Mittel waren nutzlos; die Kranke starb *zwölf* Stunden darauf. (*Journal de Médecine.*)

V. Verhandlungen gelehrter Vereine und Gesellschaften.

A. *Académie des Sciences* in Paris.

Rückgrathsverkrümmungen. — Beseitigung der Muttermäler. — Verbesserung der Fehler der zweiten Dentition.

a) Rückgrathsverkrümmung. Dr. Chailly liest über eine neue Behandlungsart der Verkrümmungen des Rückgraths ohne mechanische Betten oder subkutane Durchschneidung der Muskeln. Hier ein kurzer Auszug:

„Die Deformitäten der Wirbelsäule bilden den hauptsächlichsten Theil der Orthopädie. Wir glaubten ihnen einen bezeichnenderen Namen geben zu können, und haben sie unter dem der Rhachidiorthosis aufgeführt.

Die unseren Apparat zusammensetzenden Theile sind:

1) Ein tragbarer Apparat mit dreifachem seitlichen Druck, der seinen Stützpunkt auf dem Becken hat, und sich genau nur an die Theile, die den Konvexitäten der Rückgrathskrümmungen entsprechen, anlegt, den übrigen Körper aber vollkommen frei lässt, und mit einer leicht zu regulirenden Kraft wirkt und in der seiner Wirkung entsprechendsten Richtung.

2) Eine besondere Gymnastik, die einfach in Stellungen und Bewegungen gerade denen entgegengesetzt, die bei allen mit Verkrümmung des Rückgraths behafteten Individuen beobachtet werden, besteht. Das Uebrige stimmt, einige Abänderungen abgerechnet, mit dem überein, was in allen orthopädischen Anstalten stattfindet, wie die hygieine Gymnastik, das geeignete Regimen und Heilmittel, in den seltenen Fällen, wo sie nöthig sind. —

b) Muttermäler. Dr. Lafargue schreibt, dass er bei Fortsetzung seiner Untersuchungen über die Einimpfung gewisser Medikamente ein sehr wirksames und bequemes Mittel zur Entfernung der angeborenen erektilen Geschwülste bei Kindern, die gewöhnlich mit dem Namen Muttermäler, *Naevi materni*, bezeichnet werden, entdeckt habe.

Das Mittel, das er anpreist, besteht darin, dass man in die Geschwulst selbst und rund herum fünf bis sechs Stiche mit einer in einen Tropfen *Ol. Crotonis* getauchten Lanzette macht. Um des Erfolges gewiss zu sein, muss man ganz so verfahren, als wenn man Kinder vakzinirt.

Jeder dieser Stiche bildet sogleich eine dicke Papel, die nach 36 Stunden in eine schöne, in jeder Hinsicht einem kleinen Furunkel gleichende Pustel übergeht. Durch das Aneinanderrücken der Pusteln entsteht eine an ihrer Basis rothe, an der Spitze weiss gefleckte Geschwulst, die heiss, schmerzhaft, gespannt ist, das erektile Gewebe zerstört, und dem gutartigen Anthrax von geringem Umfange sehr ähnlich ist. Zwei Tage später tritt das Stadium der Abnahme der Entzündung ein; die Wunde reinigt sich, und anstatt des Muttermals beobachtet man eine Geschwürsfläche, die man auf die gewöhnliche Weise behandelt. Es würde gefährlich sein, mehr als sechs Stiche zu machen, zumal bei sehr jungen Kindern, denn anstatt eines mässigen Fiebers, das man fast immer in Folge der in den Grenzen ausgeführten Operation wahrnimmt, könnte eine heftige Reaktion entstehen, deren Verlauf vielleicht schwer würde zu hemmen sein.

Der Verf. zieht die Einimpfung des Krotonöls der des Tartarus

stibiatus vor, der nur kleine Pusteln oft ohne Erfolg erzeugt, ähnlich dem Vakzinegift, das sich nur bei nicht vakzinirten Kindern wirksam zeigt. —

c) Dentition. In der Sitzung vom 22. Januar legten die Herren Désirabode, Vater und Sohn, der Akademie eine Abhandlung als Antwort auf die von Hrn. Lefoulon mitgetheilte: „über die Mittel, die Fehler der zweiten Dentition zu verhüten und zu verbessern" (s. Bd. II. Heft 4. dieses Journals) vor. Sie endigt folgendermaassen:

Beobachtungen, die wir hier der Akademie vorzulegen die Ehre haben, berechtigen uns, wie wir glauben, zu folgenden, der Ansicht des Praktikers, der sie hervorgerufen, entgegengesetzten Schlüssen:

1) Der *Arcus alveolaris* ist, in der Zeit zwischen beiden Dentitionen, oder, um uns deutlicher auszudrücken, in dem Zeitraume, welcher das Ende des ersten vom Beginn des zweiten Zahnens trennt, vollkommen unveränderlich, und entwickelt sich nur, je nachdem die permanenten Zähne erscheinen; man muss mit Recht mit Fox, Bunon, Bourdet und Duval annehmen, dass das Ausziehen der ersten Zähne in gewissen nicht so seltenen Fällen, ein Mittel ist, zu dem man seine Zuflucht zu nehmen gezwungen wird, um die regelmässige Stellung derer, die sie ersetzen sollen, zu begünstigen. Die alltägliche Erfahrung zeugt von den Gefahren der entgegengesetzten Methode.

2) Die Mittel, welche die Kunst besitzt, um in mehreren Fällen die Deformität in der Zusammenfügung der Zähne zu beseitigen, sind schon seit langer Zeit bekannt, und wenn die alten Aerzte nicht so häufig zu ihrer Anwendung schritten, so waren sie sehr wohl von ihren schädlichen Einflüssen durchdrungen, und hatten oft gefunden, dass ihre Versuche fruchtlos waren, und das Resultat nur der nachfolgende Verlust der Zähne war.

3) Zu versuchen, das Gaumengewölbe durch Federn oder irgend ein anderes mechanisches Agens zu vergrössern, um die Fehler der Zahnstellung, die von der zu grossen Enge dieses knöchernen Gewölbes herrühren, zu verbessern, ist eine vollkommen chimärische Idee, da die Erfahrung lehrt, dass Alles, was man auf diese Weise erlangen könne, wäre, gewisse Theile dieser Zahnreihe schief zu machen, besonders wenn man die Stütze auf den freien Rand der Zähne anwendet.

B. *Pathological Society* in Dublin.

Eiterablagerung in die Gelenke und in die serösen Häute in Folge von Scharlach.

Dr. Corrigan theilte der Gesellschaft die Krankengeschichte eines Kindes von 4 Jahren mit, das am 10. November, am dritten Tage der Scharlacheruption, ins Hospital von Hardwick aufgenommen wurde. Der Ausschlag war auf die Extremitäten beschränkt und nicht gehörig hervorgetreten, die Tonsillen waren stark angeschwollen, aber nicht ulzerirt, die Respiration sehr erschwert. Auf der linken Seite des Halses zeigte sich eine voluminöse und beim Druck sehr schmerzhafte Drüsengeschwulst, die bis zum 15ten sich gar nicht veränderte, dann merklich an Grösse zunahm, ohne jedoch Spuren von Fluktuation zu zeigen. Das schon sehr heftige Fieber steigerte sich immer mehr. Am 18ten stellte sich Frostschauer ein, und man beobachtete am nächsten Morgen einen rothen Fleck auf dem Rücken der Hand, darauf einen zweiten an der inneren Seite des Schenkels, einen dritten auf der Wade derselben Extremität und einen vierten auf der grossen Zehe der anderen. Fluktuation war nicht wahrzunehmen. Das Fieber nahm den typhösen Charakter an, und der Kranke starb am folgenden Tage. Bei der Sektion bemerkte man, dass der rothe Fleck auf der Hand verschwunden war, und man fand auf der Haut Spuren eines Eiterdepots. Die rothen Flecke am Schenkel, an der Wade und grossen Zehe waren noch sichtbar und wurden durch eine starke Injektion aller Schichten des Unterhautzellgewebes gebildet, jedoch ohne Zeichen von Eiterablagerung. Am Halse fand sich eine bedeutende Menge von im Zellgewebe und zwischen den Lymphdrüsen infiltrirtem Eiter. In der Lunge und Leber zeigte sich kein Eiter, hingegen war die *Articulatio femoro-tibialis* und *sterno-clavicularis* mit Eiter angefüllt. Die anderen Gelenke wurden nicht untersucht.

Nachdem Dr. Corrigan diesen Fall mitgetheilt und das anatomische Präparat vorgezeigt hatte, wirft er einen Blick auf die verschiedenen Theorieen, durch welche man die Bildung von isolirten Eiterdepots zu erklären versucht hat, und besonders auf die von Arnott und Cruveilhier, von denen der Erstere der Ansicht ist, dass der Eiter in seiner Totalität von seinem primären Heerde nach den entfernten Theilen hingeführt werde, während der Pariser Professor meint, dass die einzelnen Partikeln des Eiters von Blut resorbirt selbst an mehr oder weniger entfernten Stellen zu einer Reizung Veranlassung

geben, um welche sich eine Kongestion und dann purulente Entzündung bilde. Auf den vorher erwähnten Fall sind diese beiden Theorieen nicht anwendbar, und Corrigan ist vielmehr geneigt anzunehmen, dass diese Heerde an entfernten Stellen gänzlich von einander unabhängig seien, oder nur durch Sympathie (?), welche zwischen analogen Geweben stattfindet, in Verbindung ständen; denn er glaubt, dass, wenn sich an irgend einer Stelle des Organismus eine purulente Sekretion bildet, dieselbe krankhafte Veränderung der Sekretion unter ungünstigen Bedingungen sich an verschiedenen und entfernten Punkten einstellen kann, und betrachtet die dunkelrothen oben beschriebenen Flecke als lokale vorbereitende Kongestionen, die, wenn das Kind länger gelebt hätte, sich in Eiterheerde umgewandelt haben würden.

VI. Miszellen und Notizen.

Dass bei der *Spina bifida* wiederholte Punktionen doch bisweilen Erfolg haben, beweist folgender Fall:

Ein Kind von 8 Monaten wurde von Dr. Stevens wegen *Spina bifida* operirt. Die Geschwulst lag über dem oberen Theil des Kreuzbeins, war 3½ Zoll breit von einer Seite zur anderen, fast eben so lang in vertikaler Richtung, und erhob sich ungefähr 2 Zoll über die sie umgebende Fläche. Sie war nicht von der gesunden Haut bedeckt, sondern von einer eigenthümlichen dünnen Membran von weisslicher Farbe, die unzählige, den varikösen Kapillarvenen ähnliche Gefässe durchzogen. Die ganze Geschwulst hing etwas herab und war an ihrer Basis enger. Sie war einmal mit einer Nadel punktirt worden, und die Wunde bedeckte sich mit einem Schorf. Bei der ersten Operation wurde sie mit einem Staarmesser punktirt, und ungefähr vier Unzen klaren Serums mit einigen Tropfen Blut entleerten sich. Das Kind schien nicht zu leiden; ein kleiner Eindruck wurde an der vorderen Fontanelle hervorgebracht.

Am dritten und vierten Tage darauf wurde wieder punktirt, und gegen fünf Unzen entleert. Die Geschwulst sah nun runzelig aus. Die Flüssigkeit fuhr fort 24 Stunden lang nach den letzten Punktionen auszusickern. In der letzten Zeit entzündete sich die Geschwulst, zwei Tage hindurch hielt das Kind den linken Schenkel an den Leib angezogen, und schrie, wenn es bewegt wurde. Die Geschwulst wurde

ɜucht erhalten mit einer spirituösen Mischung; die vordere Fontanelle ɼar noch mehr eingesunken. Im folgenden Sommer war der Sack erschwunden, und Alles was zurückblieb, war eine geringe Anschwelıng der verhärteten Hautdecken. (*New-York Journal of Medecine.*)

Einen Fall von Ruptur der *Vena jugularis interna,* mit ›effnung derselben in einen Abszess, theilt Alexander King ıit. Dieser Fall schliesst sich einem ähnlichen, in diesem Journal Bd. II. Heft 1.) mitgetheilten an. Er betraf einen 4jährigen Knaen, bei welchem die ebèn ausgebrochene Skarlatina nach einigen tunden ohne bemerkbare Ursachen wieder von der Haut verschwand. ꞉s bildete sich nun eine diffuse Anschwellung an der rechten Seite es Halses, welche nach dem Gebrauche warmer Kataplasmen in Eiteıng überging und aufbrach. Nach drei Tagen entstand plötzlich ein lluterguss aus der Abszessöffnung, die Umgegend derselben schwoll edeutend an und wurde sehr schmerzhaft. Ein Kompressivverband onnte wegen des Hustens nicht mit der nöthigen Festigkeit angelegt 'erden. Die Hämorrhagie trat daher bei der Lösung des Verbandes on Neuem und mit grosser Heftigkeit ein, und veranlasste den Tod es kleinen Patienten. Bei der Sektion ergab sich, dass in der äusseɜn Wand der *Vena jugularis interna* eine beträchtliche Oeffnung ɜstand, die einige Linien unterhalb der *Basis cranii* anfing, und ch an ¾ Zoll abwärts erstreckte. Sonst war nichts Krankhaftes aufıfinden.

Der Verfasser bemerkt, dass dieser Fall nicht ganz leicht zu beṙtheilen war. Gegen die Annahme einer Blutung aus irgend einem ste der Karotis sprach der Umstand, dass Kompression dieser Arrie auf die Geschwulst gar keinen Einfluss hatte. Der Versuch, ne Koagulation und somit Blutstillung zu erzielen, wurde schon daırch vereitelt, dass das Blut bei den wiederholten Hustenanfällen stets ıs dem rechten Herzen regurgitirte. Der Verf. warnt, auf Grund eses Falles, vor der unüberlegten Oeffnung von Abszessen in der ähe wichtiger Gefässe, was namentlich bei skrophulösen Abszessen st täglich geschieht.

Ferguson erzählt einen ähnlichen Fall, wo das Kind auch ötzlich durch Hämorrhagie zu Grunde ging, und bei der Sektion eine ›schwürige Oeffnung in der *Art. lingual.* nahe an ihrem Ursprunge

aus der Karotis gefunden wurde. (*London and Edinburgh Monthly Journal of Medical science.*)

Behandlung der *Naevi materni* bei Kindern mit *Plumbum aceticum*, wird von einem Ungenannten sehr gerühmt.

Der Empfehler dieser Heilmethode sagt nur, dass er nach Anwendung einer Menge von Mitteln gefunden habe, dass das essigsaure Blei das wirksamste sei, um diese Gefässentwickelungen bei Kindern zu verkleinern und vollkommen zu entfernen, sobald die Geschwulst nicht die Grösse einer Haselnuss überschreitet. Da diese Entstellung vorzugsweise das Gesicht befällt und sehr oft die Oberlippe, so würde eine Operation, um das Kind davon zu befreien, nur die Ursache zu einer neuen Entstellung geben, und die von Lallemand vorgeschlagene Akupunktur und die Kompression schlagen sehr oft fehl. Auf eine dieser kleinen nicht pulsirenden Geschwülste wurde das *Plumbum aceticum* in Form von kalten Fomentationen, oder mittelst kleiner, zweimal täglich erneuerter Kompressen angewandt, und zeigte sich von grossem Nutzen. Zuerst fällt die Epidermis ab; die neue sich dann darbietende Oberfläche muss eben so behandelt werden, bis auch sie abgefallen ist. Nach Verlauf von vier Wochen sind die Geschwülste gewöhnlich zerstört. (*British et Foreighn medical Review.*)

VII. Bibliographie.

Bottani (Jos. Dr. Med. et Chirurg. in Bergamo). Bemerkungen über vier aus der Harnblase eines 29 Monate alten Knaben herausgezogene Körper. Mit 1 kolor. Tafel. gr. 8. Bergamo und Leipzig, Weygandsche Buchh. Geh. ½ Rthlr. 1843.

Jedes Jahr erscheinen 12 Hefte in 2 Bänden. — Gute Original-Aufsätze über Kinderkrankh. werden erbeten und am Schlusse jedes Bandes gut honorirt.

JOURNAL
FÜR
KINDERKRANKHEITEN.

Aufsätze, Abhandlungen, Schriften, Werke, Journale etc. für die Redaktion dieses Journals beliebe man kostenfrei an den Verleger einzusenden.

BAND II.] BERLIN, JUNI 1844. [HEFT 6.

I. Abhandlungen und Originalaufsätze.

Ein Fall von Noma, mitgetheilt von Dr. Henoch, Assistenzarzte an der Königl. Poliklinik der Universität in Berlin.

Da die furchtbare Krankheit, welche unter dem Namen Noma bekannt ist, nicht gerade häufig beobachtet wird, und namentlich hier in Berlin zu den Seltenheiten gehört, so glaube ich, dass die Mittheilung des folgenden Falles nicht ohne Interesse sein dürfte.

Auguste Neumann, ein 9jähriges Mädchen, hatte sich stets einer dauerhaften Gesundheit zu erfreuen; obwohl die Eltern in sehr beschränkten Verhältnissen lebten, war die Wohnung doch trocken, das Kind gut genährt, und überhaupt kein Kausalmoment aufzufinden, welches die Entwickelung einer Dyskrasie hätte begünstigen können. In den ersten Tagen des März dieses Jahres wurde das Kind von einer *Febris nervosa* befallen, die zwar mit Diarrhoe verbunden auftrat, im Allgemeinen aber mehr die Symptome des sogenannten Bronchotyphus darbot. Durch eine geeignete Behandlung wurden zwar die dringendsten Symptome dieser Krankheit glücklich beseitigt, allein die ausserordentlich schnelle Abmagerung, die livide Blässe des Antlitzes, die Fortdauer des Fiebers, welches von Tag zu Tag einen torpideren Charakter annahm, deutete an, dass der Ausgang der Krankheit kein günstiger sein werde. Im Anfange der dritten Woche (vom Beginn der Krankheit an gerechnet) zeigte sich eine auffallende Erscheinung; nachdem nämlich das Kind schon mehrere Tage hindurch über eine unangenehme Empfindung im Munde geklagt hatte, zog es sich plötzlich, ohne Zeichen von Schmerz zu verrathen, aus der unteren Zahnreihe der rechten Seite die vier vorderen Backzähne aus. Auf meine Frage, ob schon zu dieser Zeit ein widriger Geruch aus dem Munde bemerkbar gewesen sei, antwortete die Mutter verneinend.

Indess schon nach wenigen Tagen bildete sich eine Anschwellung der Unterlippe und Wange der rechten Seite, und ein fauliger Geruch drang aus der Mundhöhle hervor; allmälig nahm die Anschwellung zu, die geschwollenen Theile zeigten eine bedeutende Härte und eine blasse, fettig glänzende Röthe. Am sechsten Tage, nachdem sich die Geschwulst gezeigt hatte, bildete sich in der Unterlippe ein livider Fleck, der allmälig eine schwärzliche Farbe annahm und endlich in einen wahren Brandschorf überging; am folgenden Tage erfolgte die Perforation desselben, die von dem Ausflusse eines schwarzen stinkenden Blutes begleitet wurde.

An diesem Tage, dem 28. März, sah ich die kleine Kranke zum ersten Male. Ihr ganzes Aussehen verrieth die grösste Schwäche und Erschöpfung. Die auffallende Blässe und Magerkeit der linken Wange kontrastirte grell mit der livide gerötheten Geschwulst der anderen, auf welcher sich bereits in der Nähe des Nasenflügels ein schwarzer Fleck, von der Grösse eines Viergroschenstücks, gebildet hatte. Die Berührung der Wange war äusserst schmerzhaft. Die Geschwulst erstreckte sich bis zum unteren Augenlide hinauf, verhinderte das Oeffnen der Augenlider, und drängte die Nase nach der linken Seite hinüber, so dass die Physiognomie des Kindes einen jammervollen Anblick gewährte. Die Entstellung wurde noch bedeutend vermehrt durch die grosse rundliche Oeffnung, welche sich in der Unterlippe befand, und deren oberer Rand bereits den rothen Lippensaum berührte. Aus dieser Oeffnung fand ein fortwährender Ausfluss von dunkelbraunen, dickflüssigen, fauligen Massen mit Speichel vermischt statt, eine Folge der Gangräneszenz der Mundschleimhaut und der übrigen Weichtheile der Wange und Lippe. Die Zimmerluft war durch den fürchterlichen Gestank gleichsam verpestet. Trotz dieses schrecklichen Zustandes, der durch das Hinabschlucken eines Theils der fauligen Massen noch gesteigert werden musste, hatte sich der Appetit noch erhalten, und um so trauriger war es, denselben nicht stillen zu können, da sämmtliche Nahrungsmittel, besonders die Getränke, nach denen das Kind das grösste Verlangen trug, aus der grossen Oeffnung in der Unterlippe stromweis wieder ausflossen. Die Sprache der kleinen Kranken war zu einem unverständlichen Wimmern herabgesunken; die Untersuchung des Pulses ergab in der Minute 140 kleine, schwache Schläge. — Obwohl bei dieser Sachlage der lethale Ausgang der Krankheit kaum zu bezweifeln war, liess ich doch die in der Unterlippe befindliche Oeffnung mit in Chlorkalkauflösung getauchter Scharpie locker ausfüllen.

und um den Geruch zu entfernen, eine flache Schüssel, in welcher sich eine solche Auflösung befand, im Zimmer aufstellen. Von Zeit zu Zeit liess ich die Oeffnung in der Lippe, so wie die Mundhöhle selbst, mit einer Mischung aus 1½ Drachmen *Acid. pyrolignos. crud.* und 1 Unze Rosenhonig auspinseln. Innerlich wurde das *Decoct. Chinae* mit *Acid. phosphoric.* verordnet.

29. März. Die Oeffnung in der Unterlippe hatte sich bedeutend vergrössert; der Mund zeigte sich nach links und oben verzogen, so dass es aussah, als wäre der rechte *Nervus facialis* gelähmt. Der schwarze Fleck auf der rechten Wange hatte nicht allein an Umfang beträchtlich zugenommen, indem er sich vom Nasenflügel aus 1½ Zoll nach rechts erstreckte, sondern zeigte auch ganz das Aussehen eines Brandschorfes. Dagegen schien die Geschwulst der Wange selbst etwas abgenommen zu haben, indem das rechte Auge heute leicht geöffnet werden konnte, was gestern, wegen der Anschwellung des unteren Augenlides, unmöglich war. Der Puls war noch schwächer als gestern, und machte in der Minute 160 Schläge. Ungeachtet der zunehmenden Schwäche war die kleine Kranke noch im Stande, aufrecht im Bette zu sitzen; sie zeigte die grösste Begier zu trinken, allein die Versuche dazu blieben eben so erfolglos, wie bisher. Die Behandlung wurde in derselben Weise fortgesetzt.

30. März. Das Kind bot heute einen schrecklichen Anblick dar: Der Brandschorf auf der Wange hatte sich nach oben bis zum unteren Augenlide, nach links über den Nasenrücken ausgedehnt; seine dunkle, tiefschwarze Farbe kontrastirte auffallend mit dem ihn umgebenden gelblichen Saume und der lividen Röthe des übrigen Theils der Wange, die bei der Berührung ausserordentlich schmerzhaft war. Der Geruch war kaum zu ertragen. Der faulige Ausfluss aus der Lippenöffnung dauerte ununterbrochen fort. Die Schwäche hatte so zugenommen, dass das Kind fast unbeweglich auf dem Rücken lag, und der Puls kaum fühlbar war. Da der Tod vorauszusehen war, und jede Kunsthülfe unter diesen Umständen erfolglos gewesen wäre, wurde auch in der Behandlung nichts geändert.

31. März. Gestern Abend erfolgte die Perforation der Wange am unteren Rande des Brandschorfes. Die dadurch verursachte Oeffnung, die bei ihrem Entstehen die Grösse eines Silbergroschens hatte, hat sich heute schon bis zu der eines Viergroschenstücks erweitert. Ein putrider mit Blut vermischter Ausfluss findet aus derselben statt. Die Entkräftung ist auf das Aeusserste gestiegen; die Respiration ist er-

schwert, unregelmässig, der Puls nicht mehr fühlbar, so dass ich ein baldiges Ende vorhersagen konnte. Um 7 Uhr Abends erfolgte der Tod.

Da die Sektion von den Eltern nicht zugegeben wurde, konnte ich mich nur von der Beschaffenheit der Mundhöhle überzeugen. Die Wangenschleimhaut auf der rechten Seite und das Zahnfleisch befanden sich in einem völlig aufgelösten Zustande, sie bildeten eine dickflüssige, dunkelbraune, faulendem Fleische ähnliche Masse. Der Alveolarrand des Unterkiefers war an den Stellen, wo die Zähne ausgefallen waren, entblösst und schwarz gefärbt. Dieselbe Farbe zeigte sich an dem harten Gaumen derselben Seite.

Was zuerst die Entstehung der Noma in diesem Falle anbetrifft, so zeigt sich recht deutlich, wie auch ohne vorhandene dyskrasische Anlage eine einzige die Konstitution schwächende, und namentlich die Blutmischung verändernde Krankheit im Stande ist, jene fürchterliche Affektion hervorzubringen. Das Auftreten der Noma in Folge typhöser Affektionen ist im Allgemeinen selten; ich habe zwar noch einen Fall von brandiger Zerstörung der Mundschleimhaut in der Rekonvaleszenzperiode eines Abdominaltyphus beobachtet, allein in *diesem Falle* beschränkte sich die Affektion auf das Zahnfleisch und bewirkte nur das Ausfallen des entsprechenden Zahns. Dass die akuten Exantheme, besonders die Masern, die häufigste Ursache der Noma sind, ist allgemein anerkannt, wenn auch die Ansicht Billard's, dass vorzugsweise bei ödematöser Anschwellung der Glieder und des Gesichts in Folge der Exantheme der Wasserkrebs sich entwickele, noch der Bestätigung bedarf. Dieses Auftreten brandiger Affektionen der Mundschleimhaut nach den akuten Exanthemen und nach typhösen Fiebern spricht schon dafür, dass diesen Krankheiten eine Blutentmischung zu Grunde liegt, die sich in dem mitgetheilten Falle noch durch ein deutliches Zeichen zu erkennen gab. Die Mutter des Kindes nämlich erzählte mir, dass 3 — 4 Tage nach dem Ausbruche des Fiebers einzelne rothe Fleckchen auf Brust und Bauch zum Vorschein gekommen wären, die das Aussehen von Flohstichen gehabt hätten, und nach einigen Tagen von selbst wieder verschwunden wären. Nach dieser Beschreibung lassen sich die Petechien nicht verkennen. Man könnte vielleicht geneigt sein, diese Flecke für Masern zu halten; gegen eine solche Annahme spricht aber das bewährte Urtheil des Arztes, welcher die kleine Kranke während des der Noma vorausgehenden Fieberleidens behandelte, und bei dem ich über diesen Umstand Erkundigungen eingezogen habe.

Die durch die Anschwellung bedingte Entstellung des Gesichts wird durch die Lähmung des Antlitznerven noch bedeutend gesteigert. Der Grund dieser Paralyse liegt offenbar darin, dass die in die Weichtheile der Wange exsudirte gallertartige Masse die in die Gesichtsmuskeln sich verbreitenden Zweige des Nerven komprimirt. Bei der bedeutenden Ausdehnung der Geschwulst in diesem Falle unterliegt es keinem Zweifel, dass auch die Palpebraläste des *N. facialis* diesem Drucke ausgesetzt waren, und man hätte daher eher ein Offenstehen, als ein Schliessen des Auges erwarten sollen. Wenn man indess erwägt, dass die Geschwulst sich bis in das untere Augenlid hinein erstreckte und dies gegen das obere Augenlid drängte, so wird jene mit der Lähmung des *N. facialis* scheinbar im Widerspruch stehende Erscheinung nichts Auffallendes mehr haben.

Der kopiöse Speichelausfluss, der in der Noma niemals vermisst wird, hat Anlass zur Untersuchung der Speicheldrüsen gegeben. Allein Taupin fand in 36 Fällen dieser Krankheit nur 4 Mal die Submaxillardrüsen angeschwollen. Auch in dem oben mitgetheilten Falle liess sich keine krankhafte Affektion dieser Drüsen auffinden.

Was die Behandlung betrifft, so konnte dasjenige Mittel, welches im Beginn der Krankheit allenfalls noch Hülfe bringen kann, das Glüheisen, in diesem Falle nicht wohl angewandt werden, da die Eltern die Aufnahme des Kindes in ein Krankenhaus nicht zugeben wollten, und die Applikation des *Ferrum candens* in der Behausung der Kranken nicht gut ausführbar war. Der Tod war daher unvermeidlich und bewahrte das Kind vor einer unglücklichen Existenz, die eine unvermeidliche Folge der furchtbaren Entstellung des Antlitzes gewesen sein würde.

Von der Behandlung der krupösen Affektionen, von Dr. Berton in Paris.

Wir haben die Behandlung der Diphtheritis von der des Krups nicht sondern zu müssen geglaubt, denn es findet unstreitig zwischen diesen oft vereinigten, kombinirten und in einander übergehenden Krankheiten kein wesentlicher Unterschied statt, und der in Betreff des Sitzes wird selbst nicht allgemein angenommen.

In diesen gefährlichen Zuständen könnte man den ersten Aphorismus des Hippokrates umändern und ausrufen: Das Leben der

Kranken ist in Gefahr; die Kunst, die Behandlung langsam, zu oft erfolglos; der Augenblick, die Indikation schnell vorübergehend!

Man muss in allen Fällen, besonders hier, mit Energie und Scharfblick zu Werke gehen, denn man hat zu oft zu fürchten, von der Krankheit überflügelt und von seiner Machtlosigkeit überführt zu werden. Dies bezieht sich mehr auf den Krup, nicht als ob die Diphtheritis ganz gefahrlos sei, denn sie kann doppelt verhängnissvoll werden, indem sie selbst tödtet, oder indem sie in den Krup übergeht. Selbst auf die einfache *Angina pharyngea* und *laryngea* muss man bei Kindern aufmerksam sein, denn man kann nicht wissen, ob sie bis zuletzt diese Gutartigkeit beibehalten werden, ob sie nicht die Vorläufer nachfolgender Affektionen sind. Daher ist es nöthig, immer auf seiner Hut zu sein und, selbst wenn der Fall nur von einiger Bedeutung zu sein scheint, eine grosse Thätigkeit in der Behandlung zu entwickeln, der es weder an Behutsamkeit noch Maass fehlen darf.

Die Hauptindikationen, die in der *Angina membranacea* sich darbieten, sind: Bekämpfung der lokalen Entzündung, Begünstigung der Losstossung der Pseudomembranen und ihres Auswurfs, Verhinderung der Wiedererzeugung und des weiteren Umsichgreifens der pseudomembranösen Entzündung.

Die Reihe von Mitteln, deren Analyse wir darstellen, deren Natur, Anwendungsweise und Zeit des Gebrauchs wir auseinandersetzen wollen, sind in der Absicht, diesen verschiedenen Zwecken zu genügen, vorgeschrieben worden.

Die Blutentleerungen, und speziell die örtlichen, müssen in dem ersten Stadium des Krups zuerst angewandt werden, obgleich sie in Epidemieen nicht immer glückliche Resultate geliefert haben und Bretonneau mehrere Fälle aufgeführt hat, in welchen sich trotz kopiöser lokaler Blutentziehungen die Krankheit auf den Larynx fortgepflanzt hatte, obgleich endlich Guersant und Hache meinen, die Blutentziehungen hätten keinen Einfluss auf die Bildung und Ausbreitung der Pseudomembranen. In den sporadischen Fällen, in welchen die entzündlichen konkomitirenden Erscheinungen deutlich hervortraten, ist die Indikation dieser Heilmittel unantastbar, und ihre Applikation ist sehr oft gleichfalls in anderer Rücksicht vortheilhaft, denn sie mindern physiologisch und selbst physikalisch das schwierige Vonstattengehen der Hämatose und die Dyspnoe; in Folge ihrer Wirkung werden andere therapeutische Agentien erfolgreicher und sind leichter anzuwenden. Ist das Individuum kräftig, die allgemeine Reaktion sehr bedeutend,

so kann man einen Aderlass machen; aber gewöhnlicher genügt es, durch örtliche Blutentziehungen zu versuchen, der Entzündung Schranken zu setzen. Es giebt nichtsdestoweniger Fälle, wo man sich jedes Blutverlustes enthalten muss, z. B. in gewissen En- und Epidemieen, wenn es sich um unglückliche, schwächliche, heruntergekommene Kinder handelt, und wenn sich besonders der nachtheilige Einfluss des Aufenthalts und der Ueberfüllung in den Hospitälern damit verbindet. Auf diese Weise scheinen sich die Streitigkeiten, die sich auf diesen Theil der Behandlung beziehen, erklären zu lassen.

Man kann mit einem Male, oder einmal oder öfter wiederholt, 2, 10, 12 bis 15 Blutegel auf die Seiten des Larynx und vorn am Halse setzen lassen; Alter, Kräftezustand des Kranken, Heftigkeit der entzündlichen und reaktionären Erscheinungen können allein den Maassstab abgeben, nach dem diese Heilmethode vorgeschrieben werden soll.

Man muss dieselbe dann durch Anwendung reizender Fussbäder, Kataplasmen von Senf oder Sinapismen auf die unteren Extremitäten, fliegender Vesikatorien auf das Sternum, emollirender Getränke, gummihaltiger Mixturen, abführender Klystiere u. s. w. unterstützen, und wenn der Magen nicht gereizt ist, kann man auch frühzeitig ein Brechmittel aus *Tart. stibiat.* oder Ipekakuanha verordnen, dann, obgleich es allgemeine Regel in der Therapie ist, äussere und innere Derivantia nur anzuwenden, wenn die entzündlichen Symptome nachgelassen haben, und wenn man bei reizbaren Personen ihre Rekrudeszenz nicht zu fürchten hat, muss man in der Diphtheritis und im Krup sich aller Hülfsmittel mit Nachdruck bedienen, besonders der eben genannten Klasse, mit dem Vorbehalt, zu Blutentziehungen zurückzukehren, wenn es nöthig sein sollte. Die Brechmittel sind nützlich, nicht nur weil sie den Auswurf der Pseudomembranen befördern, sondern auch weil sie zur Zertheilung der Entzündung mit beitragen durch Ableitung, indem sie auf die Haut, auf die Digestionsorgane und durch Vermehrung der schleimigen Absonderung wirken, deren Auswurf sie befördern; ausserdem entfernen sie, wenigstens momentan, die spastischen Zufälle, mindern die Präkordial-Angst und die Beklemmung. Im Beginn der Krankheit und später, unmittelbar nach den Blutentziehungen, verordnet man sie, zwei oder dreimal wiederholt, im Zwischenraum von 2 bis 3 Stunden. Die Emetika, die fast immer vom Anfang an eine augenblickliche Remission in den Symptomen des Krups herbeiführen,

sind noch anwendbar, wenn der Krup das zweite Stadium, ohne bekämpft worden zu sein, erreicht hat, und man das Vorhandensein einer Pseudomembran vermuthet.

Man applizirt dann noch Blutegel, und sobald sie abgefallen sind, lässt man sogleich das Brechmittel nehmen. Eben so verfährt man, wenn die Krankheit sehr rasch verläuft; dann müssen auch die Brechmittel in einem vorgerückteren Stadium wiederholt werden, wo die Indikation vorhanden, den Auswurf der Pseudomembranen zu begünstigen. Aber es heisst offenbar der Hülfskraft dieser Mittel zu viel zuschreiben, wenn man einen fast sicheren Erfolg von ihnen erwartet, wie Jourdain meint. Dieser Arzt glaubt in der That die Rettung aller seiner Kranken der Verordnung der Brechmittel *coup sur coup* zu verdanken, und der Krup wäre durch diese Heilmethode viel leichter beseitigt worden als eine einfache Bronchitis. Die Bedingung ist natürlich, von Anfang an kräftig zu verfahren! Nichtsdestoweniger scheint es wahrscheinlicher zu sein, dass diese fraglichen Erfolge sich auf Fälle von falschem Krup beziehen. Schon Laennec hatte in solchen Zuständen das Emetikum in voller Dosis vorgeschlagen, und bedauerte es, nicht die Gelegenheit gehabt zu haben, diese Methode praktisch anzuwenden. In der That kann sie glückliche Resultate liefern, ohne dass indessen der Erfolg den von Jourdain gerühmten Grad von Sicherheit darbietet. Aus den im *Traité de matière médicale et de thérapeutique* vom Prof. Giacomini aus Padua mitgetheilten Untersuchungen würde hervorgehen, dass der *Tart. stibiat.* nur in kleinen Dosen Erbrechen hervorzurufen im Stande wäre, dass ferner diese Wirkung nicht eintreten kann, wenn ein sehr deutlich ausgesprochener Zustand von Hyposthenie stattfindet, und dass in grossen Dosen diese Wirkungen denen der bekanntesten hyposthenischen Mittel analog sind. Man muss besonders nach der italienischen Schule in der Wirkung der Heilmittel eine physikalisch-chemische Kraft, die nicht über den Ort ihrer Applikation hinausgeht, und eine dynamische, die der Assimilation folgt und sich über die ganze Konstitution verbreitet, unterscheiden. Wenn man zuweilen durch dieses oder jenes Mittel ableitend oder kontrastimulirend zu verfahren wähnt, so findet gewöhnlich, den italienischen Aerzten zufolge, nur eine Resorption des angewandten Mittels, sein Uebergang in das Blut und eine dynamische, hypersthenische oder hyposthenische Wirkung, der Natur des Agens gemäss, statt. Es kann bei einem Kranken ein Zu-

stand von Asthenie vorhanden sein, und in diesem Falle können die reizenden Mittel nur, nachdem sie den vorwaltenden Schwächezustand beseitigt haben, erregende Wirkungen hervorbringen; daraus folgt, dass das Mittel, anstatt zu exzitiren, sich bisweilen in dieser Art von Erhebung der Vitalität zu ihrem normalen Typus erschöpft. Hierauf beruht das Prinzip der Toleranz, welche man bei gewissen Kranken für grosse Dosen findet, die unvermeidlich ernsthafte Störungen und selbst den Tod bei Gesunden zur Folge haben würden. Auf dieses Prinzip beruht die grosse Lehre des Rasori, von der Kapazität des Organismus und der Toleranz der Heilmittel.

So könnte also der *Tart. stibiatus*, seiner dynamischen, hyposthenischen Wirkung zufolge, den Fortschritten, der Ausdehnung der die Pseudomembranen erzeugenden Entzündung entgegentreten; oder in Brechen erregender Dosis würde er die Sekretion der Schleimhaut des Pharynx vermehren, die Loslösung und den Auswurf der Pseudomembranen aus dem Pharynx und der Luftröhre begünstigen; aber da diese verschiedenen Resultate von einer verschiedenen Anwendungsmethode abhängig sind, da das Erbrechen, nach dem Grundsatz des Rasori, die kontrastimulirende Wirkung verhindert und umgekehrt, da ferner diese letztere offenbar in solchen Zuständen viel weniger Vortheile darbietet, als man beim Emetikum in voller Dosis erhalten kann, so soll man vielmehr gewöhnlich den *Tart. stibiatus* auf diese letztere Weise zur Hervorrufung von Erbrechen anwenden.

Einige Aerzte ziehen das *Cuprum sulphuricum* in der Dosis von gr. ij — iij vor; es hat keine spezielle Kraft, ist reines Emetikum. Man muss sich übrigens merken, dass der wiederholte Gebrauch des *Tart. stibiatus* häufig sehr heftige anginöse Zufälle, bisweilen selbst mit plastischer Ausschwitzung hervorruft. Dies würde wenigstens noch ein Grund mehr sein, um nicht *coup sur coup* und ausschliesslich dieses Mittel anzuwenden. Auf gleiche Weise verordnet man unter denselben Bedingungen die Ipekakuanha. Diese Substanz, vom Prof. Giacomini zu den hyposthenischen vaskulären arteriellen Mitteln gerechnet, wirkt nach ihm auf dieselbe Weise wie der *Tart. stibiatus*; ihre dynamische Wirkung ist ganz gleich, nur schwächer.

Die Ipekakuanha giebt man allein in Pulver zu gr. x — ℈j, in Syrup zu ʒvj bis ℥j, mit dem *Tart. stibiatus* verbunden, wie es in der *Potio anticroupalis* (!) im Kinderhospitale gebräuchlich ist. Die Formel ist folgende:

℞ *Polygalae* ʒij,
Oxymel. scillitici ℥ß,
Syr. Ipecacuanhae ℥j,
Tart. stibiat. gr. j.
Auf ℥iv Kolatur.

Die Ipekakuanha wendet man auch mit Kalomel verbunden an in folgender Form:

℞ *Calomel.* ʒiß,
Pulv. rad. Ipecac. ʒvj,
Sacch. albi ℥iß.
Alle halbe Stunden gr. vj — viij.

Das Kalomel, und im Allgemeinen der Merkur, besitzt in der That eine ähnliche Eigenthümlichkeit, die Schleimsekretion des Schlundes zu vermehren, und ausserdem, dass er auf diese Weise ein Loslösen der Pseudomembranen hervorrufen kann, wirkt er noch auf den Organismus als allgemein und lokal umstimmendes Mittel. Die Merkurialien äusserlich und innerlich angewandt sind Mittel, deren antiphlogistische Wirkung man verschieden zu erklären versucht hat, indem man sagt, dass sie die Vitalität herabstimmen, die Plastizität des *Bluts* vermindern, die Resorption antreiben und befördern u. s. w. Nach den Lehren der italienischen Schule zu den hyposthenischen lymphatisch-drüsigen Mitteln gezählt, üben sie auf den Organismus eine Reihe von Wirkungen aus, theils mechanische, die man gewöhnlich mit dem Namen irritative bezeichnet, und unter denen unstreitig der Speichelfluss die bemerkenswertheste ist, theils dynamische, allgemeine und lokale hyposthenische. Durch Einwirkung auf diese letztere Art sollen sie die Resorption befördern, indem sie sich auf gleiche Weise wie der Aderlass, die Emollientia, Nitrum, Digitalis u. s. w. verhalten. Ferner wären ähnlich wie bei *Tart. stibiatus* die verschiedenen Wirkungen von den verschiedenen Anwendungsweisen und von den verschiedenen gegebenen Dosen abhängig; so z. B. purgirt und reizt Kalomel zu gr. ij — iij, während es keine dieser Wirkungen zu gr. $\frac{1}{6}$ hervorbringt, sondern beruhigt.

Bei Anwendung dieses letzteren Salzes müsste man zuvörderst das Resultat, welches man erzielen will, berücksichtigen und danach die Dosis einrichten. Es scheint uns jedoch den Vorzug zu verdienen, zuerst vielmehr die zu gleicher Zeit nützliche ableitende und abführende Wirkung des Kalomel zu beachten, worauf man später, entweder durch die verlängerte Anwendung des Mittels oder Vergrösserung

seiner Dosen, die indizirten, komplementären Wirkungen hervorrufen könnte, die man auch durch die Hautresorption, mittelst Anwendung von Merkurial-Einreibungen, zu beschleunigen im Stande ist. Diese werden zu ʒß bis ℥ß auf die innere Fläche der oberen und unteren Extremitäten, und vorzugsweise auf die vorderen und Seitentheile des Halses gemacht. Sie sind in diesen Fällen sehr gebräuchlich, und ihre antiphlogistische, antiplastische, hyposthenische Wirkung kann um so nützlicher sein, als von Seiten des Darmkanals Kontraindikationen zur Anwendung des Kalomels vorhanden sein können. Bretonneau hat das Kalomel bis zur Dosis von ʒiij in 24 Stunden nehmen lassen, Guersant giebt es zu gr. ¼ und zu gr. j—ij stündlich. Diese letztere allgemein gerühmte Methode ist dem Einblasen von Kalomel oder pulverisirtem Alaun vorzuziehen, was jetzt schon verlassen ist und den Nachtheil hatte, die nicht affizirten Theile zu reizen und das Uebel weiter zu verbreiten, ohne vortheilhaft da wo es vorhanden eine Veränderung hervorzubringen. Ein Zustand von lokaler Ueberreizung, den eine merkurielle Entzündung des Halses hervorrufen würde, wäre gewiss schädlich; so und trotz einiger entgegengesetzten Rathschläge, ist es unsere Meinung, in allen Fällen vom Gebrauch des Merkurs abzustehen, sobald die ersten Symptome von Salivation sich zeigen.

Es giebt noch eine andere Reihe von Mitteln, deren Wirkung nützlich sein kann, bisweilen sehr vortheilhaft, schätzbar, aber deren Werth vielleicht von einigen Aerzten zu hoch angeschlagen worden, die sie ohne Ausnahme rühmen. Sie können von grosser Wirkung werden, aber nicht weniger ist eine passende Gelegenheit zu ihrer Anwendung nöthig. Wir stimmen nicht absolut den folgenden Vorschlägen Gendron's bei: „Die *Angina pseudomembranosa* kann in ihrem Verlaufe nicht durch Revulsiva, Emetika, Purgantia und Blutentziehungen aufgehalten werden, eine passende topische Behandlung hemmt gewöhnlich ihr Fortschreiten; die Aetzmittel sind die einzigen umstimmenden Mittel im Krup, deren Wirksamkeit durch die Erfahrung bestätigt wird." [1])

Der Alaun ist häufig in der Diphtheritis und im Krup angewandt worden. Bretonneau bildete daraus eine Paste, indem er ihn, nachdem er fein pulverisirt war, mit etwas Wasser verdünnte, und bestrich damit die hinteren Theile des Mundes und Rachens. Trousseau

---

1) *Gendron: Propositions sur le croup, Journ. des conn. méd. chirurg. année* 18[illegible].

verordnete in einer Epidemie denselben theils in Auflösung als Gurgelwasser, theils blies er ihn ein in der Dosis von ℈j mit einem Male oder 5 bis 6mal täglich wiederholt. Der Alaun kann ein gutes Hülfsmittel sein, wie auch Gendron behauptet, er ruft vortheilhafte Anstrengungen zur Expektoration hervor, aber er ätzt nicht; es ist aber wichtig, die krupösen Stellen in Schorf zu verwandeln, um ihre weitere Ausdehnung zu verhindern. Fünf Kranke in derselben Anstalt starben, nach Aussage Gendron's, suffokatorisch; man hatte sich damit begnügt, den Pharynx mit der Alaunpaste zu betupfen; er wurde zu einem sechsten gerufen, bei dem die Salzsäure hinreichte, um den Larynx vor der Affektion zu schützen.

Man hat auch gerathen, die Flecke auf den Tonsillen oder Larynx mit Zitronensaft zu betupfen; dieses Mittel ist schwach, und man darf nicht zu viel Zeit mit unnützen Versuchen verlieren, obgleich es vorkömmt, dass die Entzündung einige Zeit ihren primitiven Sitz im Pharynx unverändert beibehält, ehe sie sich auf die Glottis fortpflanzt; oft geht sie rasch auf die Luftwege über, gewöhnlich gelingt es dem zuvorzukommen, aber zur rechten Zeit und mit geschickter *Schnelligkeit* durch ein kräftiges Mittel.

Die Säuren scheinen durch ihre Eigenthümlichkeit, die sie besitzen, die Pseudomembranen aufzulösen, rasch und tief zu ätzen, besonders einer gewissen Anzahl von Indikationen Genüge zu leisten. Die Salzsäure, pur oder mit Rosenhonig gemischt, und die Auflösung von *Argent. nitricum*, werden fast allgemein jetzt vorgezogen, obgleich auch andere Aetzmittel, wie der Kalk, das flüchtige Alkali, die Schwefelsäure, Phosphorsäure u. s. w., mehr oder weniger angepriesen worden sind. Gendron wählt ohne Umstände das *Acid. muriaticum*, wenn die Membranen dick sind, denn dann nützen nach ihm zaghafte Applikationen nicht, und man muss diese reine und konzentrirte Säure selbst dem *Argent. nitricum* vorziehen. Sind der Pharynx und die Tonsillen vollkommen mit dicker breiartiger Masse ausgekleidet, so fordert er zur Anwendung der genannten Säure auf, doch so, dass eine Zunahme der Entzündung entsteht, wo nicht, so wird diese nicht modifizirt, und die Exsudation ergreift auch die Luftwege. So lange aber die Flecke dünn, unvollständig sind, kann man sich mit der Solution von *Argent. nitricum* begnügen, deren Einwirkung weniger durchdringend ist, und die einen dicken krankhaften Ueberzug nicht zerstören würde. Nichtsdestoweniger ziehen Bretonneau, Guersant und Trousseau ausschliesslich die Auflösung des Höllensteins

vor; dieselbe (gr. vj — viij auf ℥j *Aq. destill.*) wird mittelst eines Pinsels auf die Tonsillen, die Gaumenbögen und selbst auf den Pharynx aufgetragen.

Dupuytren wandte in einem wichtigen Falle, ohne vorhergegangene Versuche, ein mechanisches Mittel an, welches seitdem von Mehreren nachgeahmt worden ist; er bediente sich eines am Ende eines biegsamen Fischbeinstabes befestigten Schwammes, um den oberen Theil der Luftröhre frei zu machen. Billard berichtet in seinem Werke, dass ein Kind, bei dem er bei gleicher Gelegenheit dieses Verfahren anwenden wollte, Konvulsionen bekam und unter seinen Händen starb. Guersant bemerkt, dass das Einführen dieser Art von Instrument, welches übrigens viel Geschicklichkeit erfordert, nur von Nutzen sein könne, wenn die Pseudomembran nicht sehr festsitze und nur auf den Larynx und den oberen Theil der Luftröhre beschränkt sei, dass aber, wenn sie sich über die ganze Länge derselben ausdehne, der durch die Stimmritze hindurchgeführte Schwamm eher schädlich als nützlich werden könne, indem er die Pseudomembranen gegen die Bifurkation der Bronchien treibe und auf diese Weise hermetisch den Durchgang der Luft in die Lungen verschliesse. Bretonneau und Guersant haben dieses Verfahren modifizirt, indem sie anstatt dieses Schwammes einen Aetzmittelträger anwandten; der Schwamm, klein und weich, ist dann besonders mehr dazu bestimmt, mit der Auflösung von *Argent. nitricum* imprägnirt zu werden, welche er in die Stimmritze und Luftröhre einführen soll. Bretonneau hat noch eine neue Modifikation vorgenommen, die uns von Paul Guersant mitgetheilt worden ist, und zu der man sich eines feinen Schwammes, ungefähr von der Dicke einer Nuss, bediente, der am Ende eines ziemlich starken und in der Wärme 5 — 6 Centimeter vom Ende fast unter einem rechten Winkel gekrümmten Fischbeinstabes befestigt ist. Der Schwamm ist mit einer Auflösung von *Argent. nitricum* (ʒj auf ℥j *Aq. destill.*) getränkt; er wird tief in den Schlund hineingeführt, die Epiglottis wird aufgehoben und die Auflösung über der Glottis ausgedrückt. Die ganze Ausführung ist nichts weniger als leicht, bisweilen unmöglich, und der Erfolg nicht minder unsicher. In diesen wichtigen Fällen bleibt nichts Besseres zu thun übrig, wo bei der Ausdehnung der Pseudomembranen über die Trachea und Bronchien so wenig Rettung zu erwarten ist, als das gefährliche und sehr unsichere Hülfsmittel, die Tracheotomie zu versuchen.

Aber wir wollen noch einige akzessorische Mittel anführen, die

zuweilen in gewissen speziellen Fällen und in gewissen Formen von krupösen pseudomembranösen Affektionen empfohlen worden. Die Niesemittel wurden in einer fast der der Brechmittel ähnlichen Absicht angerathen, zum Auswurf der Pseudomembranen, besonders derjenigen, die die Nasenhöhlen verstopfen. Die Räucherungen mit Essig sind nur geringe, gewöhnliche nutzlose Hülfsmittel, mit denen man die kostbarste Zeit verliert. Dasselbe ist der Fall mit allgemeinen lauen Bädern, und eben so mit warmen Bädern der Vorderarme, die indessen als Heilmittel von einem deutschen Arzte, Dr. Schlesier, gerühmt werden, der aber gewiss in diesen glücklich abgelaufenen Fällen es nur mit Stockschnupfen, leichten Reizungen des Larynx oder Pseudokrup zu thun hatte.

In den spastischen und asthenischen Formen wendet man zur Unterstützung Antispasmodika, Narkotika und Tonika an. Einestheils gehören hierzu ätherische Mixturen, Einreibungen derselben Art in die Seitentheile des Halses, kleine Dosen von Kastoreum, Succinum, Moschus, Klystiere mit gr. viij — xij, *Asa foetida,* Bäder von 30° C. und zugleich immer einige Dosen Ipekakuanha oder *Tart. emeticus,* anderentheils Klystiere mit ʒj — ij China in wässeriger Abkockung und mit *Chinin. sulphur.* (gr. v — vj) bereitet, diese Mittel auch innerlich; man versucht zugleich einige Löffel eines exzitirenden Mittels nehmen zu lassen, applizirt Sinapismen, reicht Brechmittel, aber vermeidet Blutentziehungen.

Nachdem endlich einigermaassen der ganze therapeutische Schatz erschöpft ist, bleibt als letztes gefährliches und sehr unsicheres Hülfsmittel die Tracheotomie übrig. Wenn trotz Allem, was angewandt werden kann, die Orthopnoe bedeutend, die Stimme erloschen, das krupöse Pfeifen deutlich vernehmbar, das Gesicht farblos oder turgeszirend, violett, die Augen hervorspringend sind, die Nasenlöcher sich fast konvulsivisch erweitern, die Lippen violett werden, schreckliche Angst eintritt, so darf man das Kind nicht ersticken lassen, sondern muss zur Bronchotomie schreiten; man muss dieselbe, selbst bevor die Asphyxie grosse Fortschritte gemacht hat, die Lungen mit Blut überfüllt, die Kräfte erschöpft sind, machen; denn die Erhaltung einer gewissen Kraft ist nöthig, um einigen Erfolg von der Operation zu hoffen. Diese nothwendige Erhaltung eines Theils der Kräfte macht es zum Gesetz, sehr junge Kinder so früh wie möglich der Operation zu unterwerfen, da bei ihnen die Erschöpfung viel schneller eintritt. Trousseau ist besonders der Ansicht, frühzeitig zu operiren; er würde

deshalb den dritten Theil der Kinder, zu denen er im letzten Stadium des Krups gerufen wurde, gerettet haben. Bretonneau operirte mehrere Kranke im Augenblick, wo der Tod bevorstand und unvermeidlich war. Anderen Theils hat mir Paul Guersant vor zwei Jahren versichert, in seinem Hospital eine grosse Anzahl Kinder verloren zu haben, bei denen er die Operation versuchte. Eine augenblickliche und wohl täuschende Besserung ist das unmittelbare Resultat des durch die Inzision in der Trachea oder im Larynx durchgehenden Luft, aber nicht jede Gefahr ist damit beseitigt; denn wenn die Wiedererzeugung der Pseudomembranen, ihre Anheftung nicht immer eine neue Agonie bedingen, so sind doch die konsekutive Reaktion und die bedeutende Schleimsekretion oft hinreichend, um den Tod herbeizuführen.

Wenn man sich mit Bestimmtheit trotz der entgegengesetzten Meinung und dem geringen Vertrauen auf dieses äusserste Heilmittel von Seiten einiger Aerzte für die Operation entscheidet, so wird man zwischen der Tracheotomie und der Laryngotracheotomie die Wahl haben. Soll man trotz der beim ersten dieser Verfahren von Bretonneau, Trousseau und Gendron eingeführten Vervollkommnungen sich nicht zum letzteren als scheinbar leichter ausführbar hinneigen? Ohne diese medizinisch-operative Frage entscheiden zu wollen, müssen wir bemerken, dass das letztere zuweilen nur eine ungenügende Oeffnung verschafft, die Verstopfung der Trachea nicht hebt, und besonders Heiserkeit, Aphonie und konsekutive Affektionen des Stimmorgans hervorruft. Was die Tracheotomie anbetrifft, so ist sie nicht immer leicht auszuführen; die Luftröhre ist ziemlich tief gelegen, in fortwährender Bewegung, und die Operation, selbst mit Geschick gemacht, scheint bisweilen schwierig zu sein und zu lange Zeit zu dauern in Betreff der drohenden Asphyxie. Wenn wir an die Angst denken, die wir bei dieser in unserer Gegenwart vollführten Methode empfanden, und besonders in einem Falle, wo das sterbende Kind kaum einige Lebenszeichen darbot, so müssen wir vorschlagen, als Instrument zu diesem Gebrauche Scheeren anzuwenden, deren Schneide am äusseren Rande der Blätter sein müsste (fast so wie es beim Lithotome mit zwei Branchen der Fall ist), die man geschlossen einführen und geöffnet zurückziehen sollte. Auf diese Weise könnte, wie uns scheint, eine Oeffnung von hinreichender Länge augenblicklich in die Trachea gemacht werden. (*Clinique des Hôpitaux des Enfans.*)

Ueber die Wirkungen des Opiums im kindlichen Lebensalter, von John B. Beck in Neu-York.

Schon in allen Zeiten hat man das Opium als eines unserer werthvollsten Mittel betrachtet, und es deshalb mit dem Namen *„donum Dei"* bezeichnet; Sydenham sagt sogar: „dass es in der Hand eines umsichtigen Arztes ein so unentbehrliches Mittel sei, dass ohne dasselbe die ärztliche Kunst mangelhaft und unvollständig sein würde, und dass Derjenige, welcher mit den Eigenschaften und der Wirkungsart dieses Mittels vertraut sei, grössere Dinge mit demselben vollbringen könne, als man von irgend einem anderen Mittel erwarten dürfe." So übertrieben wie auch dies Lob klingen mag, ist es doch nichtsdestoweniger wahr. Eben so wahr aber ist es, dass kein einziges Mittel aus der ganzen *Materia medica* in ungeschickten Händen mehr Unheil anrichten kann, als gerade das Opium. Dass dies so sein müsse, wird uns klar, wenn wir nur einen Augenblick über die Wirkungen dieses Mittels nachdenken, und erwägen, dass diese zwar immer gleichförmig sind, aber durch verschiedene Umstände modifizirt werden können. So sehen wir das Mittel einmal blos als *Stimulans* wirken, während es in anderen Fällen nur seine sedative Eigenschaft zeigt. Bei gewissen Körperzuständen verordnet, mildert es die Irritation, beruhigt den Puls, erweicht die Haut und führt einen ruhigen Schlaf herbei; unter anderen Umständen beschleunigt es jedoch den Puls, unterdrückt die Sekretionen, steigert die animalische Wärme und stört den Schlaf. So wird in einem Falle der Zustand des Kranken wesentlich gebessert, im anderen bedeutend verschlimmert.

Die Umstände, welche die Wirkungen dieses Stoffes modifiziren, sind mannigfach. Alter, Geschlecht, Temperament, Klima, Natur und Stadium der Krankheit selbst, mit einem Worte Alles, was einen Einfluss auf den menschlichen Körper ausübt, kann in höherem oder geringerem Grade die Wirkung des Opiums modifiziren. Um nun seine Wirkungen auf den Körper vollständig kennen zu lernen, ist es nöthig, alle diese modifizirenden Umstände genau durchzugehen. Für jetzt ist es meine Absicht, blos einige Bemerkungen über den Einfluss des Alters zu machen, mit besonderer Rücksicht auf die Wirkung des Opiums im kindlichen Lebensalter.

Zwei Thatsachen stehen hier unumstösslich fest: 1) das Opium wirkt bei Kindern mit weit grösserer Energie als bei Erwachsenen; 2) es wirkt zugleich unsicherer. In Folge dieser Eigenthümlichkeiten

geschah es, dass selbst die kleinsten Quantitäten nicht selten die unerwartetsten, ja tödtlichen Folgen hatten. Gewiss hat jeder Arzt traurige Beispiele dieser Art beobachtet. Dr. John Clarke bemerkt: „dass ½ Drachme des weissen Mohnsyrups, und sogar wenige Tropfen des Dalbyschen Karminativs in wenigen Stunden kleine Kinder tödteten". In einem Falle sah er von 40 Tropfen des letzteren Präparats tödtliche Folgen. Marley sagt: „ich habe 3 bis 4 Fälle beobachtet, in welchen durch Godfrey's Kordial und Dalby's Karminativ die gefahrdrohendsten Symptome herbeigeführt wurden; zwei Mittel, welche zur Mortalität der Kinder wesentlich beigetragen haben." In einem Falle, der ihm vorkam, veranlasste die Darreichung einer gewöhnlichen Dosis des Syrups alle Zufälle der Intoxikation. Dr. Bard sagt, dass er ein Kind von einigen Monaten an 10 Tropfen Opiumtinktur sterben und ein anderes durch 2 Tropfen an den Rand des Grabes gebracht sah. Prof. Hamilton berichtet zwei Fälle, wo Kinder von einigen Monaten durch 4 Tropfen Laudanum vergiftet wurden. Auch Dr. Christison führt an, dass die Darreichung von 3 Tropfen Laudanum in einer Mixtur gegen Diarrhoe bei einem 14 Monate alten Kinde Koma, Konvulsionen und nach 6 Stunden den Tod herbeiführten. Die angeführten Thatsachen sind in der That hinreireichend, um zu beweisen, dass das Opium bei Kindern mit ungewöhnlicher Kraft, aber auch eben so unsicher wirkt. Die Ursachen dieser Erscheinung scheinen mir in Folgendem zu liegen:

Erstens hat man den mächtigen Unterschied in der physischen Organisation des Kindes und des Erwachsenen zu berücksichtigen. Beim Kinde ist das Gehirn und das Nervensystem überhaupt sehr erregbar, und die unbedeutendsten Ursachen bringen, wie bekannt, leicht eine Störung desselben hervor. Ueberdies ist die Zirkulation bei Kindern rapider — eine grössere Quantität Blut durchströmt das Gehirn, und bedingt dadurch eine grössere Neigung zu Cerebralaffektionen. Aus diesem Grunde sind auch Konvulsionen eine so häufige Erscheinung im kindlichen Lebensalter. So rufen z. B. der Zahnreiz, Würmer oder krude Stoffe im Darmkanal, leicht krampfhafte Zufälle hervor. Die *Febris intermittens*, die beim Erwachsenen mit Frostschauern beginnt, wird bei Kindern häufig durch Konvulsionen angekündigt. Auch das Scharlachfieber beginnt bei Kindern nicht selten mit Krämpfen, was ich bei Erwachsenen niemals beobachtet habe. Wenn man diese Disposition des kindlichen Organismus erwägt, so begreift man leicht,

wie es kommt, dass ein Mittel, wie das Opium, in jenem Alter weit kräftiger wirkt, als in späteren Jahren.

Zweitens bedenke man den Unterschied des Temperaments und der Konstitution bei Kindern. Wir wissen, dass bei Erwachsenen die Wirkungen des Opiums, je nach den verschiedenen Konstitutionen, wesentlich verschieden sind. So scheint im Allgemeinen das sanguinische Temperament den Gebrauch dieses Stoffes nicht so gut, wie das melancholische oder nervöse zu ertragen. Bei ersterem erzeugt es leicht Cerebralstörungen, und wird in grossen Dosen nicht selten lebensgefährlich. Nun weichen aber die Konstitutionen der Kinder noch weit mehr von einander ab, als die Erwachsener, und daraus geht hervor, dass auch die Differenz der Wirkungen des Opiums bei Kindern weit grösser sein muss. Da man übrigens diese Eigenthümlichkeiten und Differenzen nur durch Erfahrung ermitteln, und bei Kindern solche Experimente nicht gut vornehmen kann, so leuchtet ein, dass die Schwierigkeiten in der richtigen Würdigung der Wirkungsart dieses Mittels bei Kindern ungleich grösser sein müssen. Darum wird die Anwendung des Opiums in Kinderkrankheiten immer *mehr oder* weniger unsicher sein.

Drittens ist das Verhältniss der Körperbeschaffenheit zur Krankheit ein wichtiges Moment; ja ich möchte sagen, dass es keinen Umstand giebt, welcher die Wirkungen des Opiums in so hohem Grade modifizirt als gerade dieser. Bei Erwachsenen sehen wir dies täglich. In manchen Affektionen bringen schon die kleinsten Dosen die schlimmsten Wirkungen hervor, während in anderen Fällen ungeheure Quantitäten ohne Nachtheil gegeben werden können; ich will nur anführen, dass bei heftigen Schmerzen und Krämpfen Dosen von Opium vertragen werden, die unter anderen Umständen die schädlichsten Folgen gehabt haben würden. Zur Erläuterung will ich einen von Dr. Percivall mitgetheilten Fall anführen. Ein junger Mann wurde in das Hospital zu Manchester wegen einer heftigen spasmodischen Affektion aufgenommen, welche jeden Abend wiederkehrte; nachdem verschiedene Mittel ohne Erfolg versucht worden waren, verordnete man das Opium in einer Dosis, die genügen sollte, die Heftigkeit des Anfalls zu mildern. Er nahm 22 Gran 8 Tage hintereinander jeden Abend, ohne dass die schlafmachende Wirkung eintrat. Am achten Abend kehrte der Anfall nicht zurück. Er setzte aber ohne Rücksicht darauf den Gebrauch des Opiums fort, und wurde am nächsten Morgen todt gefunden. In diesem Falle war ohne Zweifel eine plötzliche Veränderung

im Nervensystem des Kranken eingetreten, welcher man die Differenz der Wirkung zuschreiben muss. Wenn nun schon bei Erwachsenen die Konstitution einen so wesentlichen Einfluss auf die Wirkung des Opiums ausübt, um wie viel mehr wird dies bei dem weit sensibleren Kinde der Fall sein müssen!

Es giebt vorzugsweise einen Zustand bei Kindern, gegen welchen man das Opium nicht selten anwendet, und wo die Differenz in der Wirkung recht deutlich hervortritt. Ich meine jenen Zustand von Erschöpfung, der die Folge langwieriger Diarrhoe und anderer Darmaffektionen ist. In diesem Zustande wird nicht selten der Kopf affizirt, und wenn man nun in der Absicht, die Darmausleerungen zu hemmen, Opium anwendet, so wird der kleine Patient nicht selten allmälig ganz unempfindlich, und stirbt in kurzer Zeit, selbst wenn man die Dosis dem individuellen Fall genau angepasst zu haben glaubt. Jeder aufmerksame Beobachter muss solche Fälle gesehen haben. In vielen Fällen dieser Art kann kein Zweifel obwalten, dass das Kind der sedativen Wirkung des Opiums unterlag, und wir erkennen daraus, dass in Zuständen der Erschöpfung der Körper dem narkotischen Einflusse des Mittels weit leichter erliegt, als unter anderen Verhältnissen.

Wenn es nun festgestellt ist, dass das Opium im kindlichen Lebensalter nicht allein mit grösserer Energie, sondern auch viel unsicherer wirkt als bei Erwachsenen, so glaube ich daraus für die Praxis folgende Schlüsse ziehen zu dürfen, die ich den Praktikern nicht eindringlich genug vorhalten kann.

1) Dass man bei Kindern die Anwendung des Opiums so viel als möglich zu meiden habe. Ich will seinen Gebrauch nicht geradezu verwerfen, da es, mit Vorsicht angewendet, in vielen Kinderkrankheiten ein sehr schätzbares Mittel ist; allein man sollte niemals zu ihm seine Zuflucht nehmen, wenn nicht dringende Nothwendigkeit dazu auffordert.

2) Dass man in der Form, welche man anwendet, grosse Vorsicht zu beobachten habe. Nie sollte man ein Präparat verordnen, dessen Stärke man nicht auf das Genaueste kennt. In England ist der Mohnsyrup das bei Kindern gebräuchlichste Präparat, welches, wenn auch nicht so häufig, auch bei uns angewendet wird. Es ist dies ein mildes, angenehmes Opiat, und deshalb für Kinder sehr passend, dennoch aber nicht frei von Vorwürfen; denn abgesehen davon, dass es zur Gährung tendirt, ist auch seine Stärke sehr variabel. Aus diesem Grunde ist es ein gefährliches Präparat, und ich

kenne viele Fälle, wo schon mässige Dosen desselben tödtliche Folgen gehabt haben.

Die besten Präparate für Kinder sind das Laudanum und das *Elixir paregoricum;* ihre Stärke ist genau bekannt, und sie lassen sich in sehr kleine Dosen vertheilen. Auch das *Pulvis Doveri* kann man Kindern verordnen; es lässt sich ebenfalls fein vertheilen, und scheint milder zu wirken als gleiche Dosen reinen Opiums. Alle zusammengesetzten Präparate, von denen ich schon oben einige angeführt habe, sollten aus der Kinderpraxis ganz verbannt werden.

3) Dass man bei sehr jungen Kindern im Anfange nur sehr kleine Dosen von Opium verordnen müsse. Obgleich die meisten praktischen Schriftsteller Vorsichtsmaassregeln in Betreff der Anwendung des Opiums in solchen Fällen angeben, scheinen mir diese Regeln doch noch des gehörigen Grades von Genauigkeit zu ermangeln. Sehr viele dieser Autoren nämlich bestimmen die Dosis je nach dem Alter des Kindes, ohne zu bedenken, dass eben diese Dosen unter gewissen Umständen dieselben nachtheiligen Wirkungen haben können, als bei weitem grössere. Der Erläuterung halber will *ich mich auf* eine unserer Autoritäten, den Dr. Dewees, berufen. Dr. Dewees sagt: „Die für Kinder passende Dosis des Opiums muss nach folgenden Regeln bestimmt werden: Für ein Kind unter 10 Tagen ½ Tropfen, für ein Kind von 10 Tagen bis zu einem Monat 1 Tropfen, für ein Kind bis zu 3 Monaten 1½ oder 2 Tropfen, bis zu 9 Monaten 3 Tropfen u. s. w. Wird das Laudanum zu Injektionen benutzt, so kann man die Dosis dreist 4mal so stark nehmen als zum innerlichen Gebrauch." Er fügt noch hinzu: „Diese Dosen verordnet man Kindern, welche noch niemals Opium genommen haben; je mehr sie sich daran gewöhnen, um so leichter vertragen sie das Mittel." Meiner Ansicht nach kann man kaum gefährlichere Regeln geben, als die von Dewees aufgestellten. Wenn auch viele Kinder die von ihm festgestellten Dosen ohne Nachtheil ertragen, so wird doch dann und wann ein Fall vorkommen, wo die schlimmsten Folgen danach eintreten, und gerade gegen diese hat man doch seine Vorkehrungen zu treffen. Wenn wir ein neugeborenes Kind vor uns haben, so wissen wir ja gar nicht, auf welche Weise ein Mittel wie das Opium bei ihm wirken wird, und es wäre demnach unverantwortlich, mit sogenannten mittleren Dosen zu beginnen. Um sicher zu gehen, müssen wir mit viel kleineren Dosen anfangen, und wenn das Kind es verträgt, können wir dieselben allmälig steigern. Unter keinen Umständen sollte man einem noch

nicht 10 Tage alten Kinde von vorn herein einen halben Tropfen — oder einem Kinde im ersten Monate einen Tropfen verordnen. Der achte Theil eines Tropfens ist für den Anfang hinreichend. Auch die zu Injektionen bestimmte Quantität ist viel zu gross. Anstatt die innerliche Dosis zu verdreifachen, oder gar zu vervierfachen, genügt nach meinen Erfahrungen schon die doppelte Dosis.

4) Dass man die Dosen des Opiums nicht in zu kurzen Intervallen wiederholen müsse, ein Punkt, — welcher von manchen Autoren nicht so, wie er es verdient, berücksichtigt wird. So sagt z. B. ein Schriftsteller, nachdem er die für ein 2 bis 3 Monate altes Kind passende Dosis angegeben, „dass dieselbe nicht vor Ablauf einer Stunde wiederholt werden dürfe". Das soll doch offenbar heissen, dass nach einer Stunde die Dosis mit völliger Sicherheit wiederholt werden könne. Die Erfahrung aber spricht gegen ein solches Verfahren. Wenn auch die erste Dosis nicht narkotisch wirken sollte, so bringt sie doch nicht selten einen Grad von Lässigkeit und Gleichgültigkeit gegen Nahrungsmittel hervor, dass bei Fortgebrauch des Opiums die übelsten Folgen eintreten können. Dies zeigt sich namentlich in den Fällen von Erschöpfung nach Diarrhoe, wo die Ernährung ein so wesentliches Moment der Wiederherstellung ist. Wenn die Dosis des Opiums wiederholt werden muss, so müssen die Intervalle doch lang genug sein, um dem Kinde einige Erholung von dem sedativen Einflusse des Mittels zu gönnen. (siehe *New-York Journal of Medicine.*)

Ueber die beiden Hauptformen der Meningitis im kindlichen Alter, von Dr. Bailly, Arzt am *Hôpital des Enfans* in Paris.

Eine genaue Kenntniss der Entzündung der Gehirnhäute im kindlichen Alter besitzen wir erst seit einigen Jahren; die im Kinderhospitale gemachten anatomischen Untersuchungen haben gelehrt, dass der grösste Theil der bald unter dem Namen akuter Hydrocephalus, bald unter dem *Febris cerebralis* beschriebenen Affektionen nichts Anderes waren, als die *Meningitis granulosa*. Als einmal die Aerzte ihre Aufmerksamkeit auf diese neue Krankheit gerichtet hatten, verschwand gewissermaassen die früher angenommene reine Meningitis, so dass mehrere Beobachter daran gezweifelt haben, ob letztere wirklich bei Kindern vorkomme. Und in der That ist die reine Entzündung der

Meningen, wie man sie bei Erwachsenen beobachtet, d. h. mit Bildung von Eiter und Pseudomembranen, eine im kindlichen Alter seltene Krankheit.

Im Kinderhospitale, wo die Entzündung der Gehirnhäute so häufig vorkömmt, wurde diese Form während des Jahres 1842 nur einmal beobachtet [1]). Um die differentiellen Charaktere beider Formen besser ins Auge fassen zu können, haben wir unter den ziemlich zahlreichen Fällen von Meningitis, die wir besitzen, zwei ausgewählt, die uns die hervorstechendsten zu sein schienen.

Erste Beobachtung.

Maillard, 13 Jahre alt, von schwächlicher Konstitution, dem Laster der Masturbation ergeben, in einer feuchten und finsteren Wohnung lebend, war vor zwei Monaten aus dem Kinderhospitale, wo er an einem akuten Gelenkrheumatismus behandelt worden war, der nach und nach alle grossen Gelenke befallen hatte, entlassen worden.

Seitdem waren die Schmerzen verschwunden, aber eine Beschwerde beim Athemholen zurückgeblieben; er ermüdete leicht und gerieth bei der geringsten Anstrengung ausser Athem.

Vor 18 Tagen hatten sich Frost, Stiche in der Seite und Kopfschmerz eingestellt; nur das letztere Symptom hat sich seit zwei oder drei Tagen ermässigt. Der Kranke fühlte sich sehr matt, und hatte fortwährend Fieber mit Verlust des Appetits und heftigem Durste.

Am 15. November 1842 ins Hospital zurückgekehrt, bot er folgenden Zustand dar:

Die Haut roth, sehr heiss, Puls gross, frequent (132 Schläge), mässiger Kopfschmerz, Dyspnoe, 44 Inspirationen, die Respiration erschwert, ungleich, mit Stichen in der linken Seite, Schmerz im Epigastrium, ziemlich häufiger Husten, schleimige Sputa. Die Perkussion ergiebt einen deutlich matten Ton in der unteren Hälfte der linken Seite. Das Respirationsgeräusch ist auf der rechten Seite schwach, und in der oberen Hälfte der linken mit Schleimrasseln vermischt; da, wo der matte Ton vorhanden, findet Bronchialathmen mit subkrepitirendem Rasseln und Aegophonie statt. Der Herzimpuls ist sehr stark und die Schläge sind unregelmässig.

---

1) Mein Kollege Legendre hat sie in einem Zeitraum von zwei Jahren nur einmal beobachtet, und Rilliet und Barthez führen in ihrem Werke über Kinderkrankheiten nur fünf Fälle dieser Art an. Der Verf.

Diagnose. *Bronchitis acuta* mit Pneumonie an einigen Stel-
en, Pleuritis mit Erguss auf der linken Seite, Endokarditis, die vom
kuten Rheumatismus herrührt.

Es wurde ein Aderlass verordnet.

Am 16ten befindet sich der Kranke etwas besser; der Kopfschmerz
at aufgehört, eben so die Stiche in der Seite, nur der Schmerz im
;pigastrium dauert fort. Die Hitze der Haut hat sich ermässigt; der
'uls voll, weich, macht 116 Schläge; 48 Inspirationen, zähe Sputa, in
er Mitte rostfarben. Der matte Ton erstreckt sich etwas weiter hin-
uf, als gestern, das Bronchialathmen ist sehr deutlich am Winkel des
chulterblatts wahrnehmbar, wo auch das subkrepitirende Rasseln und
ie Aegophonie zu hören sind.

Das Blasebalggeräusch, welches den ersten Herzton begleitet, ist
stark, dass es grösstentheils das respiratorische Murmeln in der gan-
n Ausdehnung der Brust verdeckt.

Beim Aufsetzen des Stethoskops auf die Karotiden und Krural-
terien hört man ein ziemlich starkes und in die Länge gezogenes
ruit du diable.

Die Entdeckung dieses Symptoms musste uns darauf führen, zu
itersuchen, ob das Blasebalggeräusch im Herzen nicht derselben Ur-
che, d. h. der serösen Beschaffenheit des Blutes zuzuschreiben sei.
och die Rauhheit und Stärke des Geräusches, der starke Herzimpuls,
ssen keinen Zweifel über das Vorhandensein organischer Veränderun-
n des Herzbeutels und der Klappen aufkommen. Wie dem auch
in mag, die Anämie unseres Kranken, die sich durch die Geräusche
den Arterien, durch Weichheit des Pulses, durch Blässe und allge-
eine Schwäche charakterisirte, machte die Therapie zu einer sehr
hwierigen und beschränkten. Man durfte nicht an Blutentleerungen
nken, die der lokale Zustand zu erfordern schien; vielleicht hätte
r *Tart. stibiatus* in grossen Dosen einige Hülfe verschafft, um so
ehr, als die Integrität der Digestionsorgane dafür bürgte, dass er er-
agen würde. Es wurde also eine Mixtur mit *Antimonium oxydat.*
b. und *Syr. diacodion* verordnet.

Am 29sten, während die Lungenaffektion sich bis dahin fast gar
cht verändert hatte, wurde die Respiration keuchend (72 Inspiratio-
n). Klagen, Angst, Seufzen; der Kranke klagt über sehr heftigen
opfschmerz. Puls von 184 Schlägen.

Am 30sten stellt sich geringes Delirium ein, es findet mehrere
ale nicht sehr bedeutendes Nasenbluten statt.

Am 1. Dezember nimmt die Schwäche und Aufregung zu; fortwährendes Klagen und Seufzen, Delirium, der Kranke will aufstehen, indessen antwortet er ganz richtig auf die ihm vorgelegten Fragen; der Kopfschmerz ist nicht mehr so heftig, die Hitze der Haut hat abgenommen; aber der Puls macht noch 180 Schläge, die Zunge ist blass, feucht; es hat sich mehrmaliges Erbrechen eingestellt; Leib weich, nicht aufgetrieben; Urin blass, hell. Abends 6 Uhr erfolgte der Tod.

Die Diagnose der zuletzt hinzugetretenen Zufälle war in gewisser Hinsicht schwierig, und zwar hauptsächlich aus folgenden Gründen. Vor Allem mussten wir wegen des plötzlichen Auftretens dieser Zufälle an eines jener unregelmässigen exanthematischen Fieber denken, die im Beginn von sehr heftigen nervösen Symptomen begleitet sind. Wir hatten ähnliche Fälle beobachtet; in demselben Saale lag ein an Variola leidender Kranker. Die Vakzine-Narben waren nicht deutlich zu erkennen.

Andererseits liessen der seit einigen Tagen stattfindende Durchfall, der Kopfschmerz, das Nasenbluten, die stätige Fortdauer des Fiebers die Entwickelung eines typhösen Fiebers vermuthen; aber der Mangel des Cökalgeräusches, der Flecke und jenes für diese Affektion so *charakteristischen* Stupors in der Physiognomie, entfernten diese Annahme. Uebrigens genügte mir eine einzige Erwägung, um dieselbe zu verwerfen, nämlich, dass der Kranke, der unstreitig an einer entzündlichen Affektion verschiedener Organe litt, nicht gleichzeitig von einem typhösen Fieber befallen sein konnte, weil diese beiden Krankheitsklassen sich nicht mit einander vertragen.

Im Anfang konnte man der Meinung sein, dass diese Zufälle von einer Rekrudeszenz der Entzündung der Pleura und der Lungen und Entwickelung einer neuen Pleuropneumonie abhingen. Doch beseitigte die stethoskopische Untersuchung, welche zeigte, dass keine Veränderung im Zustande dieser Theile vor sich gegangen war, jene Annahme. Es blieb daher nur die Meningitis übrig, welche durch die Andauer der Gehirnsymptome noch mehr Geltung erhielt. Jedoch müssen wir eingestehen, dass wir erst am dritten Tage mit einiger Gewissheit diese Diagnose stellten, als das Delirium, die Aufregung, das Erbrechen, der heftige Kopfschmerz, eine entzündliche Affektion des Gehirns offenbarten.

S e k t i o n. K o p f h ö h l e: Auf der konvexen Oberfläche der Hemisphären beobachtet man um die grossen Gefässe, die sich in den Rinnen verbreiten, schmutzig weisse Streifen, die aus einem geringen

Erguss einer dicken purulenten, unter der Arachnoidea liegenden Masse bestehen; dieselben sind nicht genau begrenzt. An einigen Stellen bildet diese Masse Flecke, wo sie dicker ist und eine grünliche Färbung annimmt. Mit dem Mikroskop untersucht, bemerkt man ausser Eiterkörperchen, die nicht sehr bedeutend sind, Kerne und einige Zellen, aber besonders unregelmässige Fasern, die auf eine organische Tendenz hindeuten. Diese anatomischen Elemente beobachtet man in den weichen, breiartigen Pseudomembranen, die man mitten in den purulenten Ergüssen der Pleura und des Peritonäums findet.

Auf der Basis des Gehirns ist die Veränderung noch viel deutlicher ausgesprochen; hier finden sich schmutzig weisse, etwas grünliche, mehr oder weniger dicke Schichten, die die graue Substanz verdecken, und von der vollkommen glatten und nicht veränderten Arachnoidea bedeckt sind.

Diese Lagen, die sich besonders auf der unteren Fläche des kleinen Gehirns und des *Pons Varolii* vorfinden, sind von verschiedener Konsistenz, theils weich, theils härter. Der grosse Raum unter der Arachnoidea ist mit dieser breiartigen Materie angefüllt, die grossentheils aus Eiterkörperchen besteht.

Die Arachnoidea ist vollkommen gesund; mit der grössten Sorgfalt untersuchend, fanden wir nirgends Spuren von grauen oder gelben Granulationen, eben so wenig jene Streifen von gelber, dicker, umschriebener Materie, wie sie in der *Meningitis granulosa* beobachtet werden.

Die Gehirnsubstanz ist im Allgemeinen nicht sehr fest, nicht mit Blut überfüllt. Die Zentraltheile sind sehr weich; die Seitenventrikel nicht mit Flüssigkeit angefüllt, die Oberfläche derselben hat an mehreren Stellen ihre Glätte verloren, als wenn die seröse Haut dort zerstört wäre. Weiche grünliche Pseudomembranen bedeckten stellenweise die *Corpora striata* und *Thalami optici;* die Piamater und die *Plexus choroidei* sind verdickt und mit purulenter Materie infiltrirt.

Brusthöhle: Sie enthält ungefähr 6 Unzen einer trüben, gelblichen Flüssigkeit im linken Pleurasack; die Pleura, besonders derjenige Theil, der die Lunge überzieht, hat ihr glattes durchsichtiges Aussehen verloren; sie ist von dünnen, rauhen Pseudomembranen bedeckt.

An der Basis befinden sich dicke, gelbliche und sehr weiche Flecke. Der untere Lappen der linken Lunge ist hepatisirt, eben so einige Stellen im oberen Lappen. Die rechte Pleura ist gesund, doch im Zentrum der rechten Lunge findet Pneumonie im ersten Grade

statt. Tuberkeln sind weder in den Lungen, noch in den Bronchialdrüsen vorhanden.

Ziemlich dicke zellulöse Schichten vergrössern äusserlich das Perikardium, das sehr voluminös ist. Es adhärirt in seinem ganzen Umfange an die Oberfläche des Herzens mittelst fester, bandartiger Pseudomembranen von verschiedener Dicke. Das Herz ist bedeutend hypertropisch, was besonders vom linken Ventrikel herrührt, dessen Wände und Höhle einen beträchtlichen Umfang erlangt haben. Das Endokardium ist vollkommen durchsichtig.

Bauchhöhle: Die Schleimhaut des Darmkanals zeigt nichts Anderes als eine geringe Anschwellung der Peyerschen Drüsen und der *Glandulae solitariae*, die Mesenterialdrüsen sind ziemlich voluminös, doch enthalten sie keinen Tuberkelstoff.

Die Krankheit, welcher unser Kranker unterlegen ist, ist sehr zusammengesetzt.

Die Herzaffektion könnte wohl an und für sich einiges Interesse darbieten, sowohl durch das Wesen der krankhaften Veränderungen, als auch durch die Dunkelheit der Diagnose, endlich weil *ein akuter* Gelenkrheumatismus sie hervorgerufen hat; da sie aber *nicht von solcher* Bedeutung ist, wie die anderen Krankheiten, so wollen wir sie übergehen und uns nur mit der Hauptaffektion beschäftigen.

Es ist bekannt, wie selten die Komplikation mit Gehirnkrankheiten in Brustaffektionen ist; mithin muss man die, welche bei unserem Kranken hinzugetreten ist, als unabhängig betrachten. Wenn man indessen ein ursächliches Verhältniss zwischen diesen beiden Krankheiten auffinden wollte, so glaube ich, dass man es nicht in der direkten und sympathischen Einwirkung der Brust auf das Gehirn zu suchen habe, sondern vielmehr in dem allgemeinen Zustande, in dieser entzündlichen Diathesis, in welcher sich der Organismus durch die Entzündung der Brustorgane seit längerer Zeit befand. Die Pleuropneumonie, die über einen Monat bestand, ohne dass man ihr eine kräftige und wirksame Heilmethode entgegensetzen konnte, unterhielt eine fieberhafte Reaktion, deren Folgen es sein mussten, den Organismus in eine zur Entwickelung von Entzündungen sehr günstige Lage zu versetzen. Und um uns der Worte Andral's zu bedienen, das Blut, dessen Kügelchen verhältnissmässig vermindert waren, unter dem Einfluss einer ausgebreiteten und andauernden Entzündung, hat sich immer mehr mit *freiem* Faserstoff überladen müssen, der die Gewebe noch geeigneter *machte, sich* zu entzünden.

Später werden wir die hauptsächlichsten Züge, welche die Form der Meningitis, deren Beschreibung wir eben gegeben haben, charakterisiren, zusammenstellen. Hier wollen wir nur auf die Unsicherheit der Diagnose und auf den Mangel pathognomonischer Zeichen aufmerksam machen, trotz der bedeutenden und ausgedehnten anatomischen Veränderungen.

So finden wir, mit Ausnahme des Erbrechens und Kopfschmerzes, die in mehreren akuten Krankheiten beobachtet werden, besonders im Beginne derselben, nichts, was einen Anhaltepunkt geben könnte.

Das Delirium war so unbedeutend, dass es viel von seinem Werthe als Symptom der Meningitis verlor. Wir beobachteten nicht jenes Geschrei, jene bedeutende Aufregung, jenes Zähneknirschen, den Strabismus, die Erweiterung der Pupille, die Schlafsucht, Konvulsionen, Verstopfung; Symptome, die viel charakteristischer sind, als der Kopfschmerz und das Erbrechen. Indess war die Krankheit hier wohl subakut; die Veränderungen, die wir beschrieben haben, waren ausgebreitet genug, um diese funktionellen Störungen, die wir oben mitgetheilt, hervorzubringen. Wie, bei dieser Infiltration und bei diesen so beträchtlichen eitrigen Ergüssen unter der Arachnoidea, bei dieser so vollständigen Erweichung der Zentraltheile, hat man keine Konvulsionen, wenigstens keine partielle, und selbst kein Koma beobachtet? Folgende Beschreibung geben Rilliet und Barthez von der Krankheit, aus der man ersehen wird, dass der grösste Theil weit davon entfernt ist, mit dem auseinandergesetzten Fall übereinzustimmen:

Die sekundäre Meningitis beginnt im Verlaufe einer fieberhaften Krankheit durch eine exzessive Aufregung ohne bedeutenden Kopfschmerz und Erbrechen, Durchfall, wenn er vorhanden, dauert fort, die Gestalt des Unterleibs ändert sich nicht, der Puls, vorher regelmässig, wird ungleich, unregelmässig und langsam, oder er behält seine Frequenz bei, ist aber sehr klein, die Athemzüge, wenn sie beschleunigt waren, verlangsamen sich, das Gesicht ist sehr blass, ängstlich, die Aufregung nimmt nicht ab, sie dauert bis zum Tode an, der schnell die Szene beschliesst. Die Krankheit dauert einen bis zwei Tage.

Zweite Beobachtung.

D., 13½ Jahr alt, von kräftiger Konstitution und sanguinischem Temperament, gewöhnlich gesund, erkrankte vor drei oder vier Tagen. Er *giebt sehr mühsam folgende* Auskunft: Seine Krankheit bestand

von Anfang an in einer grossen Mattigkeit mit heftigem Kopfschmerz, zugleich hatte er Fieber, heisse Haut, doch erinnert er sich nicht, dass Frost stattgefunden habe; seit zwei oder drei Tagen hat sich Durchfall eingestellt.

Am 12. Oktober ins Kinderhospital aufgenommen, bot er folgenden Zustand dar: Temperatur der Haut normal, Puls ziemlich entwickelt und regelmässig, macht nur 64 Schläge in der Minute. Das Sensorium eingenommen, der Kranke antwortet nur langsam und verdriesslich auf die ihm vorgelegten Fragen, indessen sind seine Antworten richtig. Er klagt über heftigen Kopfschmerz, das Gesicht ist geröthet, es findet eine allgemeine sehr bedeutende Schwäche statt; der Kranke kann sich kaum aufrecht erhalten während der Auskultation. Die Zunge weiss, breit, feucht, kein Appetit; einige Male seit seiner Aufnahme hat sich Erbrechen eingestellt, aber kein Stuhlgang. — Am 13ten ist die Haut trocken, das Gesicht hat sich verändert, die Augen liegen tief in ihren Höhlen, Leib schmerzhaft. — Am 14ten hat sich etwas Delirium eingestellt; Kopfschmerz dauert in demselben Grade an.

Am 16ten: Kein Delirium; der Kranke bleibt beständig in derselben Lage, in einem fortwährend somnolenten Zustande. Die Extremitäten hält er steif, ohne dass wirkliche Kontraktur stattfindet, er antwortet richtig auf alle Fragen, und sagt, dass ihm der ganze Kopf weh thue. Puls regelmässig, hart, macht 104 Schläge; Respiration langsam, kaum wahrnehmbar, 20 Athemzüge in der Minute. Bauch eingesunken, Verstopfung; diese dauert noch am 18ten fort. Es werden eine Mixtur mit *Ol. Crotonis* gutt. ij, ein Klystier mit Honig und Essigumschläge auf die Füsse verordnet.

Der Kranke nahm die ganze Mixtur, ohne dass Stuhlgang erfolgte, nur einige Mal Erbrechen. — Pupillen erweitert, Leib eingefallen, hart und sehr schmerzhaft. — Am 20sten erfolgte der Tod.

S e k t i o n. K o p f h ö h l e: Arachnoidea trocken, die Gefässe der Piamater sind injizirt. Diese letztere zeigt sich an mehreren Stellen verdickt und einige kleine weisse Streifen von verdickter Lymphe. Beim Abziehen derselben von der Oberfläche des Gehirns bemerkt man, dass sie mit kleinen graulichen, ziemlich harten Körnern besäet ist, die in der Tiefe der Gehirnwindungen zahlreicher sind als auf den Gyri, wo man sie kaum wahrnimmt. Hieraus lässt sich begreifen, wie sie so lange entgehen konnten, da man die Sektionen nicht mit hinlänglicher Sorgfalt machte, und die Membran nicht abzog, um sie

;egen das Licht zu halten. Diese, wiewohl deutlich genug an der
Konvexität der Hemisphären wahrnehmbaren Veränderungen sind indess
ıur gering in Vergleich der an der Basis vorhandenen. Um den *Pons
Varolii* und das Chiasma zeigen sich ziemlich dicke und feste Exsu-
ationen zwischen Arachnoidea und Piamater. Die bedeutendsten Ver-
nderungen finden sich in der *Fossa Sylvii*. Hier ist die Piamater
erdickt, die Granulationen sind viel umfangreicher, weisslich, und ein-
nder genähert; die Membran adhärirt an der Gehirnsubstanz. Entfernt
nan die Piamater in den Windungen dieses Theils, so zieht man mit
ır die graue Substanz, die daran festhängt und erweicht ist, ab.

Diese kleinen, mit dem Mikroskop untersuchten Körner bieten
ieselben anatomischen Elemente dar, wie die Tuberkeln. Die Ventri-
el enthalten ungefähr eine Unze farblosen Serums. Die Zentraltheile
nd sehr weich.

Brusthöhle: Auf der Lungenpleura beobachtet man eine ziem-
ch grosse Anzahl kleiner, grauer, halb durchsichtiger Miliartuberkeln.
inige hypertrophische Bronchialdrüsen enthalten Tuberkelstoff. Die
ungen sind frei davon, sie sind stark mit Blut überfüllt; der hintere
and der unteren Lappen, besonders der rechte, zeigt rothe Hepa-
sation.

Bauchhöhle: Zahlreiche Miliartuberkeln auf dem Peritonäum,
ıs die Milz, die untere Fläche des Zwerchfells und das Netz über-
eht. Die Schleimhaut scheint gesund in ihrer ganzen Ausdehnung,
it Ausnahme einer geringen Kongestion am Ende des Ileum und
ı Dickdarm.

Die Milz zeigt ein granitartiges Aussehen, als wenn das Parenchym
eses Organs mit einer grossen Menge kleiner opalisirender Granula-
onen angefüllt wäre.

Dr. Gruby, dem wir dieses Präparat zur Ansicht übergaben, hat
ese Alteration für Hypertrophie eines der Elemente der Milz erklärt.

Diese Veränderung wird häufig bei Kindern beobachtet, und zwar
ımer in allgemeinen Krankheiten, exanthematischen, typhösen Fie-
rn, Kachexieen, aber nie in einfachen Entzündungen. Die Geschichte
r Alterationen der Milz wird ohne Zweifel so lange dunkel bleiben,
ı ihre Struktur selbst unbekannt ist.

Diese Beobachtung, die der pathologischen Anatomie zufolge den
ypus der *Meningitis tuberculosa* liefert, zeigt wie die vorherge-
nde eine Unregelmässigkeit in den Symptomen, die weit davon ent-
:nt ist, mit dem Wesen der Krankheit in Einklang zu stehen. Der

Kopfschmerz und die Verstopfung waren die einzigen konstanten Symptome, indess konnte sich ein etwas geübter Beobachter wohl schwerlich täuschen. Man muss erst eine gewisse Anzahl dieser Affektionen gesehen haben, um aus dem Verlaufe und aus der Gesammtheit dieser unregelmässigen Symptome die diagnostischen Charaktere herauszufinden. Wollte man sich ausschliesslich auf die Beschreibungen der Schriftsteller verlassen, und würde man alle aufgeführten Symptome vereinigt finden, so würde man sicherlich den grössten Theil dieser Krankheit verkennen.

Wir wollen uns nicht dabei aufhalten, die Unterscheidungsmerkmale der purulenten Form von der tuberkulösen aufzustellen, denn dieselben sind in unseren beiden Fällen nicht hervorstechend genug, um ihnen irgend einen Werth beilegen zu können.

Wir wollen nur die Aufmerksamkeit auf die so merkwürdigen anatomischen Charaktere lenken, die zwei wesentlich verschiedene Arten der Meningitis bedingen.

Vorher aber dürfen wir eine Betrachtung nicht mit Stillschweigen übergehen. Wir sahen, dass in beiden Fällen, unabhängig von den charakteristischen Alterationen der Gehirnhäute, sehr deutliche krankhafte Zustände in der Gehirnsubstanz vorhanden waren; so die entzündliche Erweichung mit kapillarer Hämorrhagie, nicht allein der grauen Substanz, sondern auch der weissen Zentraltheile. Der Name *Meningitis tuberculosa* müsste jener subakuten, schleichenden, im Verlaufe unregelmässigen Form, die sich durch kleine, über die Piamater zerstreute Granulationen ohne gelbliche Streifen längs der Gefässe charakterisirt, aufbehalten bleiben, wo man keine Spuren von Entzündung der Gehirnsubstanz findet, sondern der ganze krankhafte Prozess auf der Piamater um die Granulationen herum vor sich geht. Hingegen in der akuten *Meningo-encephalitis tuberculosa* breitet sich die primär um die Granulationen entwickelte Entzündung aus, und ergreift alle Theile des Gehirns.

Unabhängig von den tuberkulösen Granulationen, die die nächste Ursache der Affektion sind, findet man krankhafte Produktionen auf der Piamater, die, wiewohl sie eine gewisse Analogie mit diesen Granulationen darbieten, durch ihre Natur und Bildungsweise davon abweichen. Bekannt sind die verschiedenen Ansichten der Schriftsteller in Bezug auf die Natur der Ablagerungen auf die Oberfläche des Gehirns. Die einen halten sie ausschliesslich für tuberkulös, als wenn sie das Produkt einer akuten Entzündung sein könnten. Andere meinen,

die granulirte Form erfordere nicht nothwendig die Annahme von Tuberkeln. Prof. Trousseau, der einsah, wie schwierig, wichtig und selbst unlösbar die Frage bei dem jetzigen Zustande unserer Kenntnisse sei, stellt indess eine von der vorigen verschiedene Ansicht auf. Er nimmt an, dass die Granulationen gleichzeitig mit der Gehirnaffektion sich bilden, nicht derselben vorangehen und sie hervorrufen, wie dies der Fall sein müsste, wenn es Tuberkeln wären. Er stützt seine Behauptung auf die von Louis erhaltenen Resultate, der bei einer bedeutenden Anzahl von Sektionen Phthisischer niemals wirkliche Granulationen der Piamater angetroffen hat. Beim Erwachsenen lokalisirt sich bekanntlich die Tuberkelbildung auf die Lungen, und es ist nicht auffallend, dass bei Phthisikern die Piamater eben so wie das Peritonäum frei von Tuberkeln gefunden wird; die *Meningitis tuberculosa* ist bei Erwachsenen höchst selten. Unserer Ansicht zufolge sind die Granulationen vorher vorhanden, und ihre tuberkulöse Natur scheint ohne Widerspruch angenommen werden zu müssen; die gelben Streifen längs der Gefässe scheinen das Resultat einer frischen Entzündung zu sein, und diese Betrachtung muss die Annahme von Tuberkeln ausschliessen. Man muss einräumen, dass die anatomische Besichtigung zur Feststellung dieses Ausspruchs nicht genügt.

Die mikroskopische Untersuchung ist eben so unzureichend; wir haben keinen hervorstechenden Charakter auffinden können, um die Elemente des Tuberkels von denen, die diesem Entzündungsprodukt, dem mit Unrecht der Name verdickter Eiter beigelegt worden, angehören, zu unterscheiden; es findet die grösste Aehnlichkeit zwischen den Körnern, welche von letzterem herrühren, und denen, die der tuberkulösen Materie angehören, statt. Doch begleiten einige plastische Exsudationen den verdickten Eiter, andere die tuberkulösen Granulationen, die man sehr gut durch das Mikroskop unterscheiden kann, und nur das unbewaffnete Auge durch eine Aehnlichkeit in der Form täuschen; so nimmt man die Fäserchen der Pseudomembranen und die Entzündungszellen der plastischen Lymphe, die wesentlich von der tuberkulösen Materie abweichen, wahr.

Ohne Zweifel beobachtet man bisweilen Tuberkeln in den Pseudomembranen, doch sind dies zwei verschiedene Dinge, es findet keine Umbildung statt; das Tuberkel bildet sich mit einem Male mit allen seinen Charakteren, und braucht nicht, um zum Stadium der Krudität zu gelangen, mehrere Metamorphosen durchzumachen.

Um es noch einmal zu wiederholen, unsere Ansicht ist, dass sich

die miliären Granulationen bald schneller, bald langsamer in der Piamater bilden, ohne ein Symptom hervorzurufen, bis eine Zeit kömmt, wo wegen ihrer grossen Menge die Zirkulation in den Kapillargefässen stockt, eine allgemeine Entzündung in der ganzen Membran und in der Gehirnsubstanz sich entwickelt, neue Entzündungsprodukte sezernirt werden, die den tödtlichen Ausgang der Krankheit beschleunigen.

In der *Meningitis purulenta* ist die Bildungsweise ganz verschieden. Die Arachnoidea ist ergriffen, an mehreren Stellen verdickt, an anderen zerstört, auf beiden Seiten von einer purulenten und pseudomembranösen Sekretion bedeckt, während die Piamater, kaum injizirt, in den Gyris vollkommen gesund, sich mit grosser Leichtigkeit von der Oberfläche des Gehirns loslösen lässt.

II. Analysen und Kritiken.

Bericht über die Behandlung skrophulöser Affektionen durch die Präparate der *Folia Juglandis*, von Dr. Négrier in Paris.

(*Mémoire sur le traitement des affections scrofuleuses par les préparations de feuilles de noyer. Paris* 1844, 8.)

Unsere Leser erinnern sich ohne Zweifel noch der Abhandlung des Dr. Négrier, der seit mehreren Jahren die *Folia Juglandis* in der Behandlung der Skropheln anwandte, und zahlreiche merkwürdige Heilungen erzielt haben will (s. dieses Journal Bd. I. S. 350).

Um die Wirkungen dieses Mittels besser zu beweisen, hatte Négrier seine Kranken in verschiedene Abtheilungen gebracht; die einen waren mit skrophulösen nicht-ulzerirten Anschwellungen behaftet, die anderen mit skrophulösen Augenentzündungen, eine dritte Reihe bot skrophulöse abszedirte Drüsenanschwellungen dar; endlich waren die Knochenkrankheiten für eine vierte Klasse aufbehalten.

Es ist bekannt, dass diese Affektion, welche Behandlung man auch dagegen einschlagen mag, nur sehr langsam verschwindet, und oft bedarf es nicht nur mehrerer Monate, sondern sogar ganzer Jahre zur Heilung. In seiner ersten Abhandlung hat Négrier über den Zustand seiner Kranken, von denen mehrere geheilt, mehrere noch in Behandlung blieben, berichtet. Der Verf. beginnt in diesem neuen

Bericht mit der Bekanntmachung der Resultate, welche eine längere Anwendung des Mittels bei ihnen zur Folge gehabt hat. Aus seinen Beobachtungen folgt, dass die Kranken der ersten Klasse (nicht-ulzerirte skrophulöse Anschwellungen), zehn an der Zahl, seit langer Zeit geheilt sind, mit Ausnahme zweier, die er aus den Augen verlor.

Die von Ophthalmie ergriffenen Kranken, vier an der Zahl, wurden hergestellt. — Es waren zwanzig Fälle von ulzerirten skrophulösen Anschwellungen, von denen sechs starben, vier an *Phthisis pulmonum*. Bei den vierzehn anderen nahm die Heilung immer mehr zu.

Die Kranken der vierten Klasse endlich waren mit Anschwellungen und *Caries scrophulosa* der Knochen und Gelenke behaftet; es waren 19, bei dem grössten Theil sehr wichtige Leiden. Im Monate April 1841 waren acht geheilt und alle anderen bedeutend gebessert. Seit dieser Zeit unterlagen zwei der *Phthisis tuberculosa*, zwei andere wurden hergestellt. Einer von diesen litt an Karies der Wirbelknochen mit Kongestionsabszessen. Die anderen befanden sich in einem befriedigerenden Zustande, oder konnten nicht wieder aufgefunden werden. Diese Resultate werden Jedem, der Skrophulöse behandelt hat, sehr merkwürdig erscheinen. Négrier hat die Wirkungen der *Folia Juglandis* noch mehr in die Augen springen lassen wollen, indem er in seinem zweiten Bericht neue, eben so bündige Fälle, wie die ersten, zusammenstellt. Zu diesem Zwecke hat er seine Kranken in eben solche Klassen gebracht, und ihre Geschichte sehr kurz mitgetheilt. Unter diesen Fällen sind die in Bezug auf die skrophulösen Augenentzündungen die hervorstechendsten, es sind fünf; die Heilung wurde in einer mittleren Zeit von 16 bis 26 Tagen erzielt; hier ein Beispiel davon:

Rosalie J., 10 Jahre alt, trug schreckliche Wunden unter beiden Ohren, besonders waren ihre Augen sehr krank; seit anderthalb Jahren konnte sie dieselben gar nicht öffnen, es flossen aus den Augenlidern eine Menge brennender Thränen. Die Augen wurden fleissig mit einer Abkochung der Blätter des Wallnussbaumes gewaschen. Das Extrakt der Blätter wurde in Pillen innerlich gereicht, bisweilen, aber seltener, im Syrup. Das Kind wurde in noch nicht einem Monate gänzlich hergestellt, und seit zwei Jahren war es vollkommen gesund gewesen.

Négrier empfiehlt sehr angelegentlich die *Folia Juglandis* in der *Ophthalmia scrophulosa*, und er versichert, dass kein Mittel so sichere und schnelle Heilungen herbeiführt.

Der Bericht enthält noch ziemlich zahlreiche Beobachtungen von ulzerirten Drüsengeschwülsten, Anschwellungen der Drüsen, Karies der Knochen, wo mit obigem Mittel entweder eine entschiedene Heilung, oder nur eine bedeutende Besserung erreicht worden. Diese Fälle sind noch viel überführender als die in seinem ersten Berichte mitgetheilten; der Verf. glaubt daher folgende Schlüsse aus den verschiedenen, seit 6 Jahren mit diesem Mittel angestellten Versuchen ziehen zu können:

1) Die skrophulösen Affektionen sind im Allgemeinen radikal durch den Gebrauch der Präparate der ***Folia Juglandis*** zu heilen.

2) Die Wirkung dieses therapeutischen Heilmittels ist ziemlich konstant, so dass man auf die Heilung von Dreiviertheilen der mit diesem Mittel Behandelten rechnen kann.

3) Die Wirkung tritt gewöhnlich langsam ein; es bedarf 20 bis 50 Tage, je nach dem Wesen der Symptome und der Konstitution der Kranken, bevor Wirkungen bemerkt werden.

4) Die durch das Mittel geheilten Kranken bleiben fast alle gesund; nur wenige Rückfälle werden beobachtet.

5) Die durch den innerlichen Gebrauch des ***Extr. Folior. Juglandis*** erzeugten Wirkungen sind zuerst allgemein; der Einfluss dieser Heilmethode äussert sich erst später auf die lokalen Symptome.

6) In gewissen Formen der Skrophulosis bemerkt man erst nach längerer Zeit günstige Erfolge. Dies bezieht sich besonders auf die skrophulösen nicht-ulzerirten Drüsenanschwellungen.

7) Hingegen äussert das Mittel seinen Einfluss auf Geschwüre, fistulöse Gänge, die von Karies der Knochen herrühren, sehr schnell, ausgenommen bei Personen von torpider und nervöser Konstitution.

8) Bis jetzt wurden die skrophulösen Augenentzündungen sicher und schneller als durch jede andere Behandlung geheilt.

Négrier giebt die ***Folia Juglandis*** in einem versüssten Aufgusse und stellt daraus ein Extrakt und einen Syrup dar; des Dekokts bedient er sich zu Waschungen und Einspritzungen; in den skrophulösen Augenentzündungen wendet er ein Augenwasser, bestehend aus einer Unze ***Dec. fol. Jugland.*** und ℈j Belladonna und ***Tinct. Opii*** an.

III. *Klinische Mittheilungen.*

A. *Hôpital des Enfans malades* in Paris (Klinik von Jadelot).

Commotio cerebri in Folge eines Falles. — Einige Worte über die differentielle Diagnose der Kommotion und Kontusion des Gehirns.

Ein kräftiges, gewöhnlich gesundes Mädchen von 11 Jahren war vor zwei Tagen von einem Stuhle mit dem Kopfe auf die Erde gefallen, und hatte nach Aussage der Eltern das Bewusstsein vollständig verloren. Diese Bewusstlosigkeit dauerte nur ungefähr eine Stunde. Doch folgte darauf ein sehr heftiger Kopfschmerz, von Schwere desselben begleitet, Eingenommenheit, Somnolenz, mässige Kühle der Extremitäten. Obgleich das Mädchen auf die an sie gerichteten Fragen nicht antworten kann, hört sie dieselben doch und scheint sie zu verstehen. Nachdem die angegebenen Symptome zum Theil gestern und diesen Morgen angedauert hatten, brachten die Eltern das Kind ins Hospital. Hier zeigte sich folgender Zustand:

Ruhiges Gesicht, ohne Färbung, keine abnorme Blässe. Die Gesichtszüge sind nicht verzerrt. Das Kind, ohne vernehmlich auf die vorgelegten Fragen zu antworten, hört dieselben, scheint sie zu verstehen, und macht einige Anstrengungen, um darauf zu antworten; die Augen sind geschlossen, doch öffnet sie sie, wenn man sie anruft, und blickt starr um sich. Fortwährende Schläfrigkeit. Puls von 72 — 76 Schlägen, ziemlich entwickelt. Mässige Temperatur der Haut. Die Zunge ist weiss, belegt. Der Leib ist selbst bei starkem Drucke nicht schmerzhaft. Am hinteren Theile des Rumpfes sind mehrere nicht sehr bedeutende Ekchymosen vorhanden. In der Hinterhauptsgegend, wo der Kopf den Fussboden berührte, zeigt sich eine mässige Blutgeschwulst unter den Weichtheilen, ohne äussere Wunde. — Verordnung: Fussbäder mit Senf; ausleerendes Klystier, Senfteige auf die Waden.

Am folgenden Tage ist der Zustand befriedigender; sie ist nicht so schlafsüchtig, die Augen sind geöffnet, keine anomale Erweiterung der Pupillen; das Bewusstsein ist vollständig wieder zurückgekehrt. Das Kind versteht sehr gut, was man sagt, und antwortet mit Ja und Nein auf die vorgelegten Fragen; aber bisweilen kann sie nur einige

Worte eines Satzes vernehmlich aussprechen, während die letzten unverständlich sind. Die Hand führt sie an den Kopf, gleichsam um ihn zu stützen, wenn sie aufrecht im Bette sitzt. Sie stösst auch einige Klagen und Seufzer aus.

Die Besserung schreitet so nach und nach fort; das Bewusstsein ist ungestört, die Sprache frei. Die anderen Systeme befinden sich in einem befriedigenden Zustande. Der Appetit ist wiedergekehrt, nur klagt die Kranke noch über Schwere und Wüstigkeit des Kopfes. Doch verlieren sich diese nach einigen Tagen, und das Mädchen kehrt geheilt zu ihren Eltern zurück.

Jadelot bemerkte über diesen Fall Folgendes:

„Aus der eben angegebenen Symptomenreihe, aus dem Verlaufe der Krankheit, der schnellen Besserung des Kindes und dem schnellen Verschwinden der in den ersten Tagen beobachteten Symptome ersehen Sie wohl, m. H., dass wir es nur mit einer einfachen Gehirnerschütterung zu thun hatten, die nicht so sehr bedeutend gewesen ist, da die vollständige Bewusstlosigkeit nur eine Stunde währte, und die darauf folgende Somnolenz sich nach achttägiger Dauer gänzlich verlor, und zwar bei einer nicht sehr energischen Behandlung, die nur in einigen Abführmitteln bestand. Hier scheint mir der geeignete Ort zu sein, Ihnen Einiges über die differentielle Diagnose der *Commotio* und *Contusio cerebri,* und über die in Anwendung zu ziehende Behandlung, die die darauf folgenden Zufälle bekämpfen soll, mitzutheilen."

„Die *Commotio cerebri* besteht in einer heftigen und allgemeinen Erschütterung des Gehirns. Diese findet jedesmal statt, wenn ein Körper mit breiter Oberfläche, der sich mehr oder weniger schnell bewegt, auf den Schädel stösst. Dasselbe tritt ein, wenn der Kopf mit Schnelligkeit und Heftigkeit auf einen festen, breiten und unbeweglichen Körper stösst. So beobachtet man die Kommotion häufig bei einem Falle auf den Kopf. Nicht ohne Grund habe ich Ihnen gesagt: ein breiter Körper; wir werden bei der Kontusion sehen, dass hier fast immer das Gegentheil stattfindet. Es ist nicht unumgänglich nöthig, dass zur Entstehung einer Kommotion der Kopf direkt mit dem in Bewegung gesetzten Körper in Berührung komme. Sie kann in Folge eines Falles auf die Füsse, Knieen, Hinterbacken entstehen, wo sich dann der Stoss bis zum Gehirn fortsetzt, ohne dass er in Folge des Durchgangs durch feste und Weichtheile geschwächt wird."

„Die Kommotion ist von sehr verschiedener Intensität. Der schwächste Grad besteht in einer einfachen vorübergehenden Betäubung,

deren Symptome schnell verschwinden. Dieser Zustand tritt sehr oft ein bei einem Falle von nicht bedeutender Höhe. Der höchste Grad der Kommotion ist derjenige, wo die Funktionen des Gehirns augenblicklich aufgehoben sind. Hier fällt der Kranke todt nieder, ohne dass ein zu berechnender Zeitraum zwischen dem Fall und dem Eintritt des Todes stattfindet. Sie werden leicht begreifen, dass zwischen diesen beiden äussersten Graden es sehr viele Zwischenstufen giebt. Bisweilen hat der Verwundete Lichtphantasmen; manchmal verliert er sogleich das Bewusstsein, und bleibt in einer mehr oder weniger tiefen Betäubung von kürzerer oder längerer Dauer."

„Zuweilen beobachtet man in Fällen, wo die Erschütterung ihren höchsten Grad erreicht hat, ohne dass sie indess stark genug war, um den Tod herbeizuführen, eine allgemeine Kontraktion aller Höhlen, und in der Folge derselben eine unwillkührliche Entleerung der Exkremente, des Urins und Saamens. Im Augenblicke, wo die Erschütterung stattgefunden, ist der Körper blass und kalt, der Puls klein, langsam, schwach. Es kann zugleich entweder eine vorübergehende Kontraktion der Extremitäten oder eine wahre Synkope stattfinden. Je nach dem Grade der Heftigkeit verliert sich die Kommotion schneller und leichter. Zuweilen kommen die Kranken nach einigen Stunden wieder zu sich, manchmal halten die Kälte, der allgemeine Stupor, die Kleinheit und Seltenheit des Pulses mehrere Tage an. Indess stellt sich nach und nach die Wärme wieder ein, die Zirkulation geht mit grösserer Kraft und Regelmässigkeit von Statten. Der Puls bleibt langsam, aber der Stupor weicht allen Zeichen eines tiefen und natürlichen Schlafes."

„Die Sensibilität ist erhalten; der Kranke fühlt es, wenn man ihn kneift oder bewegt, ohne zu erwachen. Unterwirft man ihn nach einiger Zeit denselben Versuchen, so öffnet er schnell die Augen, wie ein Mensch, den man aus einem tiefen Schlafe erweckt, und schliesst sie bald wieder. Der Blick ist dann starr, staunend, stumpf. Dann tritt ein Augenblick ein, wo man dahin gelangen kann, eine gewisse Zeit hindurch seine Aufmerksamkeit rege zu erhalten. Er hört die Fragen, die man an ihn richtet, und scheint sie zu verstehen. Er strengt sich an, darauf zu antworten; allmälig verliert sich die Somnolenz, und der Kranke kehrt zum normalen Zustande zurück. War die Kommotion sehr bedeutend, so verschwinden alle Symptome erst nach mehreren Wochen. Oft erinnert sich dann der Kranke nicht mehr der vorgefallenen Dinge."

„Selten endet die Kommotion mit dem Tode. Indess können konsekutiv sehr wichtige und gefährliche Zufälle eintreten. Welche Veränderungen werden in der Organisation des Gehirns durch den Stoss, den es erlitten, hervorgebracht? Desault meinte, die primäre Wirkung der Kommotion bestehe in einer Art von Kontusion, von allgemeiner Reizung des Gehirns. Andere Schriftsteller nehmen eine Verminderung der Elastizität der Faserung des Gehirns an, ohne eine sich kundgebende Veränderung. Manchmal zeigt sich eine merkliche Alteration der Gehirnsubstanz oder seiner Hüllen mit Ruptur der Gefässe dieser Theile. Doch ist diese Abnahme oder der Verlust der Elastizität der Fasern nur eine Wirkung, deren Ursache in einer Veränderung der Lage der Molekulen der Fasern zu einander zu suchen ist, die bald den Sinnen bemerkbar, bald keine Spur in den betreffenden Theilen zurücklässt."

„Wie dem auch sein mag, man hat nach heftigen Kommotionen Blutergüsse, in Folge von Gefässzerreissungen, entstehen stehen, und dann verwechselt man während der ersten Augenblicke, selbst in den ersten Tagen, die Wirkungen der Kommotion und die vom Druck des Ergusses abhängigen. Erst nach ziemlich langer Zeit verschwinden die Symptome des Ergusses, und nur wenn die Resorption der ergossenen Masse stattgefunden hat, während die Zufälle, die Folge der einfachen Erschütterung sind, viel schneller vorübergehen. Vielleicht hat man bisweilen die Kommotion, die sehr lange dauert, und von der wir oben gesprochen haben, mit dem Erguss in Folge von Gefässruptur verwechselt. Aber ein untrügliches Zeichen, welches in dergleichen Fällen nie täuscht, ist, dass die Kommotion von Stupor, Koma, vollkommener Bewusstlosigkeit begleitet ist, ohne dass, sobald der Kranke wieder zu sich kömmt, Verlust der Motilität oder Sensibilität stattfindet, während, wenn ein Druck durch ein Extravasat bewirkt ist, immer Erscheinungen von Lähmung sich zeigen. Im Allgemeinen und um es nochmals zu wiederholen, können wir mit einem berühmten Chirurgen sagen, die Wirkungen der Gehirnerschütterung haben das Eigenthümliche, dass sie im Augenblick des Ereignisses am stärksten sind, und von dort an, mit Ausnahme der Komplikationen, die hinzutreten können, fortwährend schwächer werden. Es giebt nämlich Fälle, wo die Erschütterung so heftig ist, dass nach einem kürzeren oder längeren Zeitraum Encephalitis oder Meningitis sich ausbildet."

„Selten tritt die Entzündung des Gehirns oder seiner Häute vor

dem vierten, fünften oder sechsten Tage auf. Es giebt selbst Fälle, wo man sie noch viel später sich hat entwickeln sehen."

„Zuweilen ist es vorgekommen, dass bedeutenden Gehirnerschütterungen nach der Wiederherstellung mancherlei Störungen in der Ausübung der Funktionen des Organs, wie Schwäche oder Verlust des Gedächtnisses, Abnahme der Intelligenz, apoplektische Anfälle u. s. w. folgten. Aber diese Fälle sind selten, und es ist hier nicht der Ort, näher darauf einzugehen."

„Der Kommotion entgegengesetzt, die sehr oft durch einen breiten, sich sehr schnell bewegenden Körper, oder durch eine breite und unbewegliche Fläche, während der Kopf sich schnell bewegt, hervorgebracht wird, entsteht die Kontusion des Gehirns durch einen Stoss mittelst eines sich ebenfalls sehr schnell bewegenden Körpers, der aber nur eine kleine Oberfläche darbietet. Indessen giebt es auch solche Fälle, wo die Kontusion durch einen quetschenden, breiten Körper erzeugt wird. Dieselbe kann, ohne dass ein Bruch des Schädels eintritt, entweder an der direkt getroffenen Stelle des Kopfes stattfinden, oder an der entgegengesetzten, mithin durch einen Contrecoup. Der Unterschied, welcher zwischen der Kommotion und Kontusion stattfindet, ist, dass erstere sich über das ganze Gehirn erstreckt, letztere sich nur auf einen Punkt beschränkt; bei dieser ist auch Blut in die Gehirnsubstanz ergossen, dieselbe ist desorganisirt."

„Ist die Kontusion sehr ausgebreitet, wie nach einem Falle von einer bedeutenden Höhe, so ist der Tod die unmittelbare Folge, und Sie können nicht, bevor Sie nicht die Schädelhöhle geöffnet haben, selbst nicht einmal annähernd, entscheiden, ob das Individuum einer heftigen Kommotion oder einer Kontusion, einer Desorganisation des Gehirns unterlegen sei. Die Kontusion hat nur augenblicklichen Tod zu Folge, wenn sie sehr ausgebreitet und tief ist. Nimmt sie nur einen kleinen Raum ein, und ist sie allein vorhanden, so ist sie leicht zu erkennen."

„Der Kranke fühlt nur wenig oder gar keine Schmerzen an der getroffenen Stelle, und erst nach vier oder fünf Tagen stellen sich Zufälle ein, nämlich die der Encephalitis oder Meningitis. Das Gesicht färbt sich, die Augen werden roth, thränen und werden lichtscheu. Es tritt Kopfschmerz hinzu, der tief und pulsirend ist und der Stelle, wo die Kontusion vorhanden, entspricht. Der Kranke delirirt, es treten Konvulsionen oder Kontraktionen der Extremitäten ein. Der

Puls ist voll, hart, ohne sehr bedeutend frequent zu sein; gewöhnlich unterliegt der Kranke."

„Werfen wir einen Blick auf die verschiedenen Zeichen, die diese Affektionen von einander unterscheiden lassen, so sehen wir, dass die Wirkungen der Kommotion sich allmälig vom Beginn des Eintritts an vermindern, ferner ist das hauptsächlichste Symptom Schlafsucht. Die Kontusion hingegen macht sich erst nach mehreren Tagen bemerkbar, und die Symptome, die sie hervorruft, sind die der Gehirnentzündung. Bisweilen jedoch, und diese Fälle sind nicht so sehr selten, findet zu gleicher Zeit Kommotion und Kontusion statt. Dann gesellen sich erst nach 4 oder 5 Tagen zu der Schlafsucht die entzündlichen, lokalen und allgemeinen Symptome hinzu, und noch viel später, gegen den zwölften oder funfzehnten Tag, entwickeln sich die Erscheinungen von Lähmung, die den Uebergang der Entzündung in das Stadium der Eiterung bezeichnen."

„Aus den bei unserer kleinen Kranken beobachteten Symptomen ergiebt sich augenscheinlich, dass wir es nur mit einer einfachen Gehirnerschütterung zu thun hatten, die noch dazu nicht bedeutend war. Die vollkommene Bewusstlosigkeit hat ungefähr eine Stunde gedauert, und die Schlafsucht, Somnolenz, die ihr folgte, verlor sich ziemlich schnell nach wenigen Tagen unter einer sehr einfachen Behandlung. Sie sehen aus dem, was ich Ihnen über die Symptome beider Affektionen gesagt habe, dass Sie Sich nicht nach dem Pulse richten dürfen, um den Zustand des Kranken zu beurtheilen, und dass die Ruhe der Herzbewegungen, die Langsamkeit des Pulses keine sicheren Zeichen sind, dass nicht Entzündung des Gehirns stattfinde. Denn in Gehirnentzündungen, wissen Sie ja, findet sehr oft eine Verlangsamung des Pulses statt."

„Haben Sie einmal die Diagnose gestellt, was sollen Sie thun, welche Behandlung ist einzuschlagen? Die Indikationen, die sich darbieten, sind, die primären Wirkungen der Kommotion zu beseitigen, den Bluterguss, die Entzündung des Gehirns und anderer Eingeweide zu verhüten."

„Ist die Kommotion mässig gewesen, so sind Einathmungen reizender Dämpfe von Essig, Aether, spirituösen Wässern, ***Acid. sulphurosum,*** die man durch Verbrennung von Schwefelhölzern entwikkelt, trockene Friktionen, das Einbringen eines Löffels kalten oder leicht säuerlichen Wassers gewöhnlich genügend, um den Kranken wieder zum Bewusstsein zu bringen, und den Stupor, der oft noch,

nachdem die Sinne ihren Funktionen wieder vorzustehen im Stande sind, vorhanden, zu beseitigen."

„War die Kommotion ziemlich beträchtlich gewesen, um ernstliche Besorgnisse einzuflössen, so muss man sogleich allgemeine oder lokale Blutentleerungen dem Kräftezustande, dem Alter und der Konstitution des Individuums angemessen verordnen. Ein Mittel, in welches Desault viel Vertrauen setzte, ist der *Tartarus stibiatus* in Klystiere und einfach als Abführmittel. Man muss so viel als möglich, wenn man zu diesem Mittel greift, vermeiden, dass er Erbrechen hervorrufe, denn dann würde er sicherlich eher schädlich als nützlich sein, indem dann die Anstrengungen beim Erbrechen noch einen Blutandrang gegen den Kopf, eine Kongestion, die eine schlimme Komplikation bilden kann, hervorruft. Deshalb verordnet der grösste Theil der Praktiker salinische Abführmittel und ausleerende Klystiere, um, wenn es nöthig ist, eine Ableitung auf den Darmkanal auszuüben. Endlich wendet man kalte Ueberschläge über den Kopf an, Fussbäder mit Senf, Senfteige auf die unteren Extremitäten, und bisweilen die kräftigsten Ableitungsmittel, ein Blasenpflaster, das den ganzen Kopf bedeckt, an. Dasselbe hat den Zweck, sagen Die, die es in Gebrauch ziehen, die gesunkene Thätigkeit des Gehirns wiederzuerwecken; da aber diese Funktionsstörung nicht von einem Bluterguss abhängig, und nur eine Wirkung ist, so muss man die Ursache bekämpfen. Nun sagt aber ein Schriftsteller, der sich sehr viel mit Gehirnkrankheiten beschäftigt hat, diese Ursache ist eine Kontusion des Gehirns, wodurch eine Reizung und ein Andrang von Blut entsteht; daher möchte ich es vielleicht bezweifeln, ob ein so energisches Reizmittel, so nahe dem Sitze des Leidens, unter solchen Umständen von einem günstigen Resultate gefolgt sein könne."

B. *Hôpital-Necker* in Paris (Klinik von Trousseau).

Von den auf Darmentzündung beruhenden Cholerasymptomen bei Kindern.

Ein Kind von 3 Monaten litt von Geburt an oft an Durchfall, ohne dass derselbe jemals einen ernsten Charakter angenommen hätte; doch war die Milch der Mutter unzureichend und versiegte fast gänzlich, so dass das Kind fast ausschliesslich mit Fleischbrühe und Milch ernährt werden musste.

Am 1. Januar stellten sich sehr kopiöse, grüne, seröse Stühle ein, mit Erbrechen des Genossenen.

Am 2ten bei der Visite zeigte sich der Leib weich, die Haut mässig warm, ein Puls von 160 Schlägen. Verordnung: ***Pulv. rad. Ipecac.*** gr. iv in ℥vj ***Syr. simpl.*** aufgelöst, alle Viertelstunde ein Löffel.

Es erfolgte nur dreimal Erbrechen durch die Ipekakuanha, doch bewirkte sie sehr kopiöse grüne Stühle. Am Abend hörte der Durchfall und das Erbrechen auf, und der seit Auftreten der Zufälle sparsame Urin fing nun reichlich an zu fliessen; doch von diesem Augenblick an sah das Kind wie ein Cholerakranker aus.

Am 3ten zeigte sich das Gesicht blass, abgezehrt, die Augen tief in ihren Höhlen liegend, der Athem fötide, die Haut eiskalt. Hebt man die Haut des Unterleibs in Falten in die Höhe, so bleiben sie eine Minute lang stehen. Fortwährendes Geschrei, schwacher Herzimpuls. Puls an der ***A. radialis*** nicht zu fühlen. — Klystiere und erweichende Kataplasmata.

Am 4ten, 6 Uhr Morgens, erfolgte der Tod, 72 Stunden nach Eintritt des Durchfalls.

Die Sektion wurde 28 Stunden nach dem Tode gemacht. Nichts Anomales zeigte sich in den Brusteingeweiden. Die Schleimhaut des Darmkanals in ihrer ganzen Ausdehnung blass, ohne die geringste Spur von Injektion. Die Schleimhaut des Magens und Dünndarms von normaler Dicke und Kohäsion; die der letzten Hälfte des Dickdarms hat die Konsistenz eines dicken Schleims.

„Ich wollte Ihnen, m. H., etwas über diesen klinischen Fall mittheilen; doch da wir Gestern wieder die Gelegenheit hatten, einen ähnlichen Fall zu beobachten, so will ich Ihnen dessen Geschichte erst kurz mittheilen."

„Das Kind, um welches es sich hier handelt, war nur 5 Wochen alt. Wenige Tage nach der Entbindung bekam die Mutter eine Entzündung an der linken Brust, und im Augenblick, wo die Krankheit auf dieser Seite nachliess, wurde die andere Brust ergriffen, so dass das Kind fast nur mit Milch ernährt werden konnte. Dessen ungeachtet brach es niemals und hatte nur zwei- oder dreimal täglich Stuhlgang."

„Am 31. Dezember wurde das Kind vakzinirt, und am 9. Januar, *zehn* Tage nach der Vakzination, als wahrscheinlich das Pockenfieber *etwas heftiger* war, stellte sich Morgens um 10 Uhr Erbrechen ein,

und seröse Stuhlentleerungen, die nur einige Augenblicke vor dem Tode aufhörten."

„Am 10ten, 22 Stunden nach dem Beginn der Krankheit, zeigte sich eine bedeutende Eingesunkenheit der Augen, die von einem bläulichen Kreise umgeben sind. Das Gesicht abgezehrt, bleich, violettroth; Zunge kalt, bläulich, mit übrigens nicht sehr konfluirenden Flekken von Soor bedeckt. Athem etwas heiss; Hände bläulich; Nägel blau. Die Hautfalten, die man am Bauche und besonders an den Händen erhebt, bleiben lange Zeit stehen. Kalte Extremitäten. Die Wärme des Rumpfs ist nicht merklich vermindert; sehr heftiger Durst; fortwährendes, ziemlich gellendes Geschrei. Einhüllung der Extremitäten in Senf, Blasenpflaster auf den Leib, *Aq. Menthae.*"

„Das Vesikatorium zog schnell, aber nichts konnte die Diarrhoe oder das Erbrechen mässigen. Das Kind starb am Abend, 36 Stunden nach dem Beginn der Krankheit."

„Die Sektion wurde 13 Stunden nach dem Tode gemacht. Die Leiche behält das choleraartige Aussehen bei. Der Magen vollkommen gesund. Von einem Ende des Darmkanals bis zum anderen, aber besonders im Ileum und Dickdarm, ist die Schleimhaut überall geröthet, die Röthe ist besonders stark auf den *Valvulae conniventes* im Dünndarm und auf den Längsfalten des Dickdarms. Ueberall sieht die Schleimhaut sammtartig aus. Gleichwohl hat augenscheinlich ihre Kohäsionskraft gelitten, doch war die Erweichung bei weitem nicht so stark, wie bei dem Kinde des vorhergehenden Falles."

„Die Benennung choleraartige Enteritis, welche ich für die hier in Rede stehende Krankheit vorgeschlagen habe, bietet nichts dar, was sich nicht leicht rechtfertigen könnte. Die anatomischen Veränderungen lassen, wie mir scheint, klar genug das Vorhandensein der Entzündung der Schleimhaut erkennen, die Symptome entsprechen so sehr denen der Cholera während der in den Jahren 1832 und 1833 in Paris herrschenden Epidemie, dass man diese Krankheit hier nicht von der Cholera unterscheiden konnte."

„Bei der Sektion der der Krankheit unterlegenen Kinder findet man bald, und dies zeigt sich am häufigsten, die Schleimhaut des Darmkanals roth, angeschwollen und erweicht, bald, und dies sind die seltensten Fälle, trifft man sie ganz entfärbt, verdünnt und erweicht an. In den beiden mitgetheilten Beobachtungen finden Sie ein Beispiel dieser doppelten Strukturveränderung."

„In *der zweiten Beobachtung* ist die Schleimhaut des Ileum und

des ganzen Dickdarms roth, angeschwollen und nicht so fest, als sie sein sollte. Unter manchen Umständen ist diese Röthe sehr lebhaft, besonders tritt sie an der freien Fläche der Valveln des Dünndarms und auf den Längsfalten des Dickdarms hervor. Es ist jedoch bemerkenswerth, dass man diese Röthe nur im Dickdarm beobachtet, und man muss selbst einräumen, dass, wenn nur eine entzündete Stelle vorhanden ist, diese das Ende des Kolon und das Rektum zum Sitze hat."

„Die Röthe ist ein sehr zweideutiges Zeichen der Entzündung, wenn sie die unteren Windungen des Darmes einnimmt, und wenn dieselben stark mit Blut injizirt sind, welches in Folge seiner Schwere von den höher gelegenen Theilen in die relativ niedriger gelegenen Gefässe eingetreten ist; doch lässt in diesem Falle die Form der Gefässbildung, welche der gleicht, die eine künstliche Injektion hervorbringen würde, auf die Ursache der Röthe schliessen. Findet man keine baumartige Injektion, und nimmt die Röthe eben so die unteren wie die höher gelegenen Schlingen ein, so wird es Ihnen unmöglich sein, eine Veränderung zu verkennen, die während des Lebens entstanden ist, und höchst wahrscheinlich ist diese Veränderung entzündlicher Natur. Finden Sie nun, ausser der Röthe, noch Anschwellung und Erweichung der Schleimhaut, so ist es nicht möglich, das Vorhandensein der Entzündung zu leugnen."

„In der ersten Beobachtung zeigt sich gar keine Röthe, die Schleimhaut des Dünndarms ist dünner als im normalen Zustande, die des Dickdarms ist ausserdem so erweicht, dass sie sich wie Schleim aufheben lässt."

„Die Erweichung der Schleimhaut des Darmkanals ist während der ersten 25 Jahre dieses Jahrhunderts der Gegenstand zahlreicher Streitigkeiten gewesen, die heute noch nicht beendigt sind. Man hatte lange Zeit hindurch geglaubt, dass die Erweichung der Schleimhaut des Magens und Darmkanals von einer Entzündung herrühre, und die physiologische Schule fand ihre Rechnung zu gut bei dieser Ansicht, um sie nicht allgemein zu verbreiten."

„Seit 1820 machte jedoch Bretonneau Versuche, um zu beweisen, dass die Schleimhaut des Darmkanals vollständig nach dem Tode durch die mit ihr in Berührung kommenden Flüssigkeiten zerstört werden könne. Später wiederholte Carswell diese Versuche und vergrösserte besonders ihr Feld. Seine mit Recht geschätzten Arbeiten machten die Sache viel deutlicher, als die von Breton-

neau angestellten; endlich vollendete Andral, was so schön begonnen war."

„Bretonneau wurde auf seine ersten Versuche durch die Lektüre Spallanzani's geleitet. Der berühmte italiänische Physiolog hatte, indem er Stücke des Darmkanals in Röhren, die mit dem aus dem Magen eines Adlers genommenen Schleim angefüllt waren, legte, beobachtet, dass die Schleimhaut in kurzer Zeit aufgelöst wurde. Die Analogie führte Bretonneau darauf, dass eine ähnliche Erscheinung nach dem Tode vor sich gehen könne, und dass die Magenflüssigkeiten, die lange mit dem todten Gewebe in Berührung blieben, dies eben so wie der *Succus gastricus* des Adlers, die innere Membran des Darmkanals auflösen müsse. Dies war der Anfang; die verschiedenen Bedingungen der kadaverösen Erweichung, von Bretonneau nur geahndet, wurden dann von Carswell und Andral vollständig angegeben."

„Es geht dennoch aus ihren Arbeiten hervor, dass, so lange keine putride Zersetzung der Gewebe stattfindet, die kadaveröse Erweichung der Gastro-Intestinal-Schleimhaut im Magen ganz gewöhnlich, im Dünndarm selten war, und vielleicht niemals im Dickdarm angetroffen wurde."

„Die Chemie giebt übrigens vollkommenen Aufschluss über diese Verschiedenheit."

„Es ergiebt sich hieraus, und dieser Punkt ist von grosser Wichtigkeit, dass, wenn Sie die Schleimhaut erweicht finden, dies zuerst im Magen, dann im Dünndarm, zuletzt im Dickdarm der Fall sein wird. Die Untersuchungen zeigen ferner, dass, wenn der Dickdarm kadaverös erweicht ist, der ganze übrige Theil es nothwendig auch sein wird; findet die Erweichung im Dünndarm statt, so trifft man sie auch im Magen an, und endlich, nimmt die Erweichung den Magen ein, so braucht sie sich nur hier zu äussern."

„Dies zugegeben, wird es uns sogleich leicht werden, über die Beschaffenheit der Erweichung der Schleimhaut des Darmkanals in den Ihnen mitgetheilten Beobachtungen unser Urtheil abzugeben. Die Erweichung konnte nicht kadaverös sein, weil sie bei dem einen unserer kleinen Kranken nur im Dickdarm vorhanden war, bei dem anderen nie den Dick- und Dünndarm einnahm, und weder bei dem einen noch bei dem anderen sich im Magen auffinden liess."

„Die Erweichung hatte sich daher während des Lebens gebildet."

„War sie entzündlicher Natur? Ich glaube es fast. Ich glaube es, erstens weil ich keine andere Ursache als die Entzündung kenne, die in wenigen Tagen die Erweichung der Schleimhaut des Dickdarms erzeugt; dann, weil alle Gewebe des Organismus, sobald sie sich entzünden, an Kohäsion verlieren."

„Besonders aber glaube ich es aus folgendem Grunde: Ist die Schleimhaut zugleich verdickt, roth und erweicht, und findet sich dieser Zustand wenige Stunden nach dem Tode, wenn keine Erscheinung von putrider Zersetzung hat hinzutreten können, so zweifelt Niemand mehr, dass eine Entzündung vorhanden. Hiervon gab uns die zweite Beobachtung ein Beispiel."

„In der ersteren fehlte sowohl die Anschwellung als auch die Röthe, aber die Erweichung war sehr beträchtlich, und da die Symptome in beiden Fällen dieselben waren, so müssen wir daraus schliessen, dass dieselbe Veränderung während des Lebens eingetreten ist. Dies Fehlen der Röthe und der Anschwellung hindert uns nicht, eine Entzündung anzunehmen, da die Symptome vorhanden waren und Erweichung stattfand."

„Sehen wir nicht täglich die Mundschleimhaut an todten Kindern vollkommen entfärbt und ohne Geschwulst, bei denen während des Lebens der Mund geröthet, geschwollen und mit Soor bedeckt war! Warum sollte nicht dasselbe im Darmkanal stattfinden können? Findet man bei einer solchen Leiche Röthe, während sie bei einer anderen fehlt, so darf man nicht folgern, dass die anatomischen Veränderungen nicht dieselben gewesen sind während des Lebens, weil während der Agonie und nach dem Tode der kapilläre Kreislauf auf vielfache Weise modifizirt sein kann, ohne dass uns diese Modifikationen bekannt sind."

„Das geringe Fieber, das bisweilen in der choleraartigen Enteritis beobachtet wird, spricht keinesweges gegen die Annahme einer Entzündung, denn Entzündungen des Darmkanals von bedeutender Heftigkeit können fast fieberlos sein; die Dysenterie liefert ein Beispiel davon."

„Um es noch einmal zu wiederholen: ich bin der Ansicht, dass die choleraartige Enteritis immer von Entzündung der Schleimhaut eines Theils des Digestionsapparats begleitet ist, was nicht heissen soll, die Krankheit ist eine einfache Enteritis ohne etwas Spezielles; sie ist eine Enteritis, aber mit der speziellen Form der Cholera."

„Sie kennen den gewöhnlichen Gang der Krankheit. Ein Kind

leidet seit einigen Tagen an Durchfall; dieses Leiden erweckt kaum die Besorgniss der Eltern, bisweilen wird er für günstig gehalten. Plötzlich steigern sich Durchfall und Erbrechen zu einer bedeutenden Höhe, und schon nach einigen Stunden nimmt das Gesicht ein leichenähnliches Aussehen an, die Farbe wird violett, die Augen sinken tief in ihre Höhlen zurück, die Nase wird spitz, die Extremitäten kalt; die Haut, besonders der Hände und des Bauches, verliert ihre Elastizität, und wenn man sie kneift, bleibt die gebildete Falte lange Zeit stehen."

„Indess ist der kleine Kranke höchst unruhig, und stösst unaufhörlich ein gellendes Geschrei aus; er trinkt mit Gier, um immerwährend zu brechen und von Neuem zu trinken. Die erbrochenen Massen sind serös, gelb, zuletzt grün. Der Durchfall, ganz dünn, ist gewöhnlich farblos, geruchlos, bisweilen gelb, selten grün, oft mit Stoffen, die gekochtem und gehacktem Sauerampfer gleichen, vermischt."

„Bisweilen hört das Erbrechen auf, während der Durchfall zunimmt; auch das Gegentheil kann stattfinden. In einigen Fällen hören Durchfall und Erbrechen zu gleicher Zeit auf, aber die Unruhe, Angst, das schmerzhafte Geschrei werden noch heftiger, und das Kind stirbt nach einigen Augenblicken anscheinender Ruhe."

„Vom Ausbruch der choleraartigen Symptome an kann die Krankheit nur einige Stunden dauern; ich habe sie sich fast zehn Tage in die Länge ziehen sehen."

„Sie befällt Kinder in den ersten Lebensmonaten, die nicht die Mutterbrust erhalten, und bei älteren, die zu früh oder ohne die nöthigen Vorsichtsmaassregeln entwöhnt werden; seltener tritt sie bei denen auf, die gesäugt werden, es sei denn, dass man ihnen Nahrungsmittel giebt, während sie an Durchfall leiden."

„Nach der Gehirnentzündung und dem Erysipelas ist diese Krankheit vielleicht die gefährlichste unter den Kinderkrankheiten."

„Die Behandlung ist sehr oft erfolglos. Opium schien mir nachtheilig zu sein; die Adstringentia zeigen sich fast niemals vortheilhaft. Diät, Emollientia, Bäder, sind nützliche, aber keine heroischen Mittel; gewissermaassen ist nur ein exspektatives Verfahren anzurathen. Mehrere Male hat sich mir das *Pulv. rad. Ipecacuanhae,* vom Beginn der Zufälle an gebraucht, nützlich erwiesen; ich gebe gr. iv — vj Ipekakuanha 4 bis 5 Mal alle 10 Minuten; dann fünf oder sechs Stunden später ein Klystier von ℥v *Aq. destillat.,* worin ich ¼ gr. *Argent. nitric. crystall.* auflösen lasse. Ist es nöthig, so wiederhole

ich das Klystier zweimal in 24 Stunden. Hört der Durchfall auf, so gebe ich ℈ij bis ℥iiß Seignettesalz innerlich, und höre mit den Klystieren auf. Auf diese Weise war ich im Stande einige Kinder zu retten."

„Mein Kollege, der Professor Paul Dubois, begnügt sich mit emollirenden Mitteln; zu gleicher Zeit legt er ein fliegendes Blasenpflaster auf den Bauch."

„Welche Heilungsmethode Sie auch anwenden mögen, Sie werden den grössten Theil Ihrer Kranken sterben sehen; übrigens müssen Sie Alles aufbieten, einer so furchtbaren Krankheit vorzubeugen. Fast immer wird Ihnen dies gelingen, wenigstens bei Kindern, die noch an der Brust sind, und selbst bei denen, die spät entwöhnt worden, wenn Sie sich daran gewöhnen, frühzeitig den Durchfall als ein Symptom zu betrachten, das man immer bekämpfen muss, und welches durch ein unglückliches Vorurtheil als unschuldig und selbst als nützlich betrachtet wird."

C. *Hôpital des Enfans malades* in Paris (Klinik von Guersant dem Sohne).

Blasenstein. *Sectio bilateralis.* Heilung. Analyse des Steins.

„Meine Herren! Ich will Ihnen kurz und übersichtlich den Fall, wo wir die Operation des Steinschnittes ausführen, vorführen und etwas Allgemeines hinzufügen."

„Das Kind, ein Knabe von 4 Jahren, von sanguinischer Konstitution, sehr kräftig für sein Alter, war heiter und lebhaft; aber mitten in seinen Spielen klagt er, ohne dass eine Ursache aufzufinden ist, führt die Hände an die Ruthe, und kratzt sich heftig. Zuweilen stampft er mit den Füssen. Beim Urinlassen stellen sich Schmerzen ein, und die Ruthe geräth bisweilen in Erektion. Der Urin ist nicht trübe, macht keinen Bodensatz, und Hämaturie ist nicht vorhanden; übrigens ist der Appetit gut, das Kind hat kein Fieber, es findet kein Durchfall statt."

„Die rationellen Zeichen verschafften wir uns nur durch die mittelst des Katheters aufgefundenen Resultate; ich führte eine silberne *Sonde ein,* und erkannte einen Stein im Grunde der Blase. Durch das *Gefühl mit* der Sonde diagnostizirte ich zwei Steine, indem diese, der

Oberfläche des Steines folgend, zwei verschiedene, deutlich wahrnehmbare Stösse hervorbrachte, ähnlich der Empfindung, welche entsteht, wenn einer unserer Finger über eine Kugel gleitend, diese verlässt, und seitlich auf einen anderen festen Körper stösst."

„Ich beabsichtigte die Operation, und machte die *Sectio bilateralis* nach Dupuytren. Nachdem der Kranke auf die gewöhnliche Weise gelagert und jedem Gehülfen die verschiedenen Rollen während der Operation zuertheilt waren, führte ich einen Katheter in die Blase, den ich einem Gehülfen, der ihn in der Mittellinie halten sollte, übergab, etwas schief gegen die vordere Bauchgegend, so dass der Katheter gegen die *Regio perinealis* etwas hervorragte; darauf vollführte ich eine halbrunde Inzision zwischen den beiden *Tubera ossis Ischii*, 6 Millimeter vor dem After. Nachdem das Zellgewebe, die oberflächliche Aponeurose und der Sphinkter getrennt waren, gelangte ich zur *Pars membranacea urethrae;* der Nagel des Zeigefingers liess mich die Rinne des Katheters erkennen, und leitete die Spitze des Bisturi's. Darauf wurde die Harnröhre inzidirt, ich legte in diese neue Inzision den Nagel des Zeigefingers der linken Hand, führte dann das Lithotom auf meinem Finger ein, mit der Konkavität nach dem After gewendet, ergriff den Katheter mit der linken Hand, das Lithotom mit der rechten, und liess letzteres auf die Rinne des ersteren herabgleiten, indem ich ihn erhob und gegen die *Symphysis ossis pubis* richtete."

„Nach Einführung des Lithotoms entfernte ich den Katheter. Das Lithotom drehte ich um, so dass seine Konvexität nach dem After gerichtet war; die Blätter des Instruments lassen sich 25 Millimeter weit entfernen. Durch ihre Entfernung werden die Blase und die angrenzenden Theile gespalten. Indem ich allmälig das Instrument senkte, zog ich es heraus."

„Darauf führte ich den Zeigefinger ein, um mich von der Grösse der Inzisionen zu überführen, legte dann das Gorgeret ein, und mittelst der Zange zog ich zwei Steine von derselben Gestalt, länglich, von der Grösse einer Haselnuss und grauer Farbe, hervor. Die Operation dauerte zwei Minuten."

„Die Blase wurde mittelst einer Einspritzung gereinigt, keine Spur einer Blutung zeigte sich. Das Kind wurde ins Bett gebracht, ohne dass ein Verband angelegt worden."

„Am ersten Tage stellte sich eine geringe Reaktion ein, der Puls war frequent, voll und kräftig, der Urin floss aus der Wunde aus, kaum konnte man ein blutiges Auströpfeln wahrnehmen."

„Am zweiten Tage war der fieberhafte Zustand verschwunden, das Kind ist heiter und lustig. Es erhält Bouillon."

„Am dritten und vierten Tage ist der Zustand immer befriedigend, die Wunde steht offen; eine leichte Eiterung erscheint an den Rändern. — Am sechsten Tage gehen Klumpen schwarzen Bluts durch die Wunde, von gelinder Eiterung begleitet; dies wiederholt es sich einige Tage lang. Am dreizehnten steht das Kind auf und geht im Zimmer umher. Am sechszehnten fliesst der Urin durch die Ruthe ab. Die äussere Wunde hatte sich noch nicht geschlossen, es blieb eine kleine Fistel zurück, die mehrere Tage hinter einander kauterisirt wurde."

„Diese Beobachtung, so wie die vielen, die ich gemacht, zeigen, dass die Operation des Steinschnitts bei Kindern gewöhnlich einen sehr glücklichen Ausgang nimmt. Seit vier Jahren habe ich an 16 Kindern den Steinschnitt gemacht, und nur drei sind gestorben. Von fünf, bei denen die Lithotritie ausgeführt wurde, starben zwei. Die, welche unterlagen, wurden von Komplikationen nach der Operation befallen. Ein Kind wurde nach einer glücklich beendeten Lithotritie von Krup ergriffen."

„Ist nicht nach einem so glücklichen Resultate, wenn der Stein voluminös ist, der Steinschnitt der Lithotritie vorzuziehen? Hier ist auch der Ort, um Ihnen den bedeutenden Vortheil der ***Sectio bilateralis***, zumal bei Kindern, darzuthun. Die Prostata ist in diesem Alter sehr wenig entwickelt, und an der unteren Wand der Harnröhre gelegen. Beim Einschneiden der Blase gleitet das Instrument über dieses Organ hinweg und verschont es. Bei jedem anderen Schnitt in das Perinäum verletzt man einen oder beide ***Ductus ejaculatorii***, und kann so eine Impotenz beim Manne herbeiführen, die man immer mittelst der ***Sectio bilateralis*** vermeiden wird."

„Mir scheint es von Nutzen zu sein, schliesslich die chemische Analyse des Blasensteines folgen zu lassen."

„Das untersuchte Stück war gelblich-braun an seinem oberen Theile; er war durch einen Längsstreifen gefurcht, der mit getrocknetem Blute ausgefüllt war. Man nahm mehrere Lagen wahr, die erste oder oberste war härter und dicker als die anderen, die nicht so dicht, weisser und zerreiblicher waren. Beim ersten Anblick schien es ein aus Harnsäure und phosphorsaurem Kalk bestehender Stein zu sein, welche man am häufigsten vorfindet. Dies ergab auch die Untersuchung. Das Stück, welches 0,208 wog, enthielt 0,066 Harnsäure und 0,142 *phosphorsauren* Kalk."

IV. Das Wissenswertheste aus den neuesten Zeitschriften und Werken.

1. Ueber Kothabgang aus dem Nabel, verursacht durch eine Kommunikation mit dem *Diverticulum ilei*, von T. W. King.

Diejenigen, welche sich mit Kinderkrankheiten viel beschäftigt haben, bemerkt der Verf., werden vielleicht die freilich seltene Gelegenheit gehabt haben, eine Ausscheidung von Fäces oder Harn zu beobachten, welche das Abfallen des Nabelstranges bei neugeborenen Kindern begleitet. Eine etwas zögernde Zikatrisation des Nabels ist keine ungewöhnliche Erscheinung. Der Ausfluss, mag er nun fäkulent oder urinös sein, nimmt aber in der Regel ab, und verschwindet gänzlich, vorausgesetzt, dass er nicht in einer ungewöhnlichen organischen Veränderung begründet ist.

Auch auf die wiederholten Blutflüsse, die aus dem Nabel stattfinden und namentlich durch Bewegungen des Kindes herbeigeführt werden, macht der Verf. aufmerksam, und leitet sie von einem, wenn auch nur temporären Offenbleiben der Nabelgefässe her. Dergleichen Blutverluste können, wenn sie sich oft wiederholen, den Grund einer bedeutenden Entkräftung abgeben.

Der Verf. ist nun der Meinung, dass ausser der oben angeführten Ursache des Kothabgangs aus der Nabelöffnung keine andere denkbar sei, und schickt, zur bessern Verständniss, die folgenden anatomischen Bemerkungen voraus.

„Das Nabelbläschen des menschlichen Embryo scheint, obwohl es sehr frühzeitig obliterirt, der *Membrana erythroidea* des Fötus der Fleischfresser, so wie dem Dottersack des bebrüteten Küchleins analog zu sein; welcher letztere, als am längsten bestehend, auch am leichtesten zu untersuchen ist. Die *Vasa omphalo-meseraica* vermitteln die Verbindung zwischen Dottersack und Mesenterium, und auch die Spur einer Röhre, die Andeutung eines Divertikulums, die sich in den Darm öffnet, lässt sich nachweisen."

„Ich sehe nun keinen Grund, weshalb wir nicht annehmen sollten, dass das Nabelbläschen in den ersten Tagen des menschlichen Fötus eben so wichtig ist, wie der Dottersack während der Bebrütung. Lange, nachdem der Fötus durch die Plazenta eine neue Quelle der Ernährung und *Respiration* gefunden hat, bleibt noch ein Strang zurück,

offenbar die Spur eines Kanals, der aus dem schwindenden Sacke zu den innerhalb der Bauchhöhle gelegenen Theilen führt."

„Dieser Kanal wird nun von Meckel und Andern als der Ausgangspunkt betrachtet, von dem aus die Entwickelung des Darmkanals sowohl aufwärts als abwärts vor sich geht, und wir dürfen mit gutem Rechte annehmen, dass seine Lage dem Punkte entspricht, an welchem sich das gewöhnliche *Diverticulum ilei* befindet, nämlich zwischen 10 und 20 Zoll vom Coekum an der Konvexität des Ileums."

Der Verf. führt an, dass sich im Guy's Museum 13 Präparate von einem *Diverticulum ilei* vorfänden, deren Organisation und Struktur denen der Därme vollkommen ähnlich sei. Die meisten dieser Divertikel sind 3 Zoll lang, einige auch 10, selbst 15; ihr Kaliber gleicht gewöhnlich dem des Ileums, ihr Ende bildet einen Blindsack, welcher frei und abgerundet ist.

Im vorgerückteren Alter trennt sich nun das Divertikel vom Nabel, indem die vorhandenen Adhäsionen atrophisch werden und zerreissen, und nimmt allmälig an Grösse zu, weil es alle Verrichtungen eines Darmstückes übernimmt. Dass es auch an dessen Krankheiten Antheil nehmen könne, zeigt ein Präparat im St. Thomas *Hospital*; es ist dies von einem Phthisiker, dessen Darmkanal ulzerirt war, entnommen, in dessen Divertikulum Hr. Adams ein Geschwür entdeckte.

Auch Dr. Hodgkin beschreibt (in seinem Werke über die Krankheiten der Schleimhäute, XIII. Vorlesung) ein Divertikel, dessen Ende konisch ist, und durch einen festen Strang in der Nähe des Nabels festgehalten wird.

Aus der oben mitgetheilten Ansicht des Verf. über die Natur dieser Divertikel ergiebt sich nun auch die Behandlung einer durch Kommunikation mit demselben bedingten Nabelfistel. Dieselbe kann, wenn sie vernachlässigt wird, bis in ein vorgerücktes Lebensalter fortbestehen. Die Kur hängt von der Zikatrisation der Oeffnung ab, wobei indess die äussere Haut mit der Schleimmembran des Divertikels nicht verwachsen darf. Die Erscheinung, dass im Divertikulum keine Anhäufungen von Speisebrei stattfinden, erklärt der Verf. durch eine peristaltische Bewegung in umgekehrter Richtung, die im Divertikel stattfindet, und deren Analogie die Rumination der Wiederkäuer, das Erbrechen bei Obstruktion der Gedärme u. dergl. m. darbietet.

Zum Schlusse seiner Abhandlung theilt der Verf. noch zwei Fälle mit, die wir hier mit wenigen Worten wiedergeben wollen.

Der erste Fall, von Hrn. Forster berichtet, betrifft einen 14 Mo-

nate alten Knaben. Seit dem Abfallen des Nabelstranges (am 11ten Tage nach der Geburt) bemerkte man einen gelblich gefärbten, widrig riechenden Ausfluss aus dem Nabel. Bei der Untersuchung mit der Sonde ergab sich, dass die Nabelöffnung mit einem tiefen Sinus, in welchen man zwei Zoll tief eindringen konnte, in Verbindung stand; ohne Zweifel kommunizirte derselbe mit dem Dünndarme. Es wurde eine Paste aus *Zincum muriaticum* in den Sinus eingeführt, worauf der Ausfluss noch reichlicher wurde, aber einen mehr purulenten Charakter annahm. Als die Wiederholung dieser Operation keinen Erfolg hatte, sah man sich genöthigt, ein ovales Stück um die Nabelöffnung herum auszuschneiden, und die Wundränder durch die Nath zu vereinigen, worauf die Heilung sehr bald erfolgte.

Der zweite Fall, der von den Herren Parson und Gunthorpe beobachtet wurde, betraf ein 8 Tage altes Kind, welches an einem aus der Nabelöffnung hervorwuchernden Fungus litt, den man dem unvorsichtigen Zerren des Nabelstranges zuschrieb. Der Fungus wurde im Laufe weniger Tage vermittelst des Kaustikums zerstört; aber es erfolgte nun ein Ausfluss aus der Nabelöffnung, der allmälig zunahm, verschieden gefärbt erschien, und bedeutende Abmagerung und Entkräftung des Kindes herbeiführte. Unglücklicherweise trat noch ein Anfall von Bronchitis hinzu, und man bemerkte, dass während der heftigen Anfälle des Hustens ein Stück des Darmkanals, oft von 4 Zoll Länge, durch den Nabel hervorgetrieben wurde, wobei der Ausfluss in Quantität bedeutend zunahm. Dabei war der Stuhlgang vollkommen regelmässig. Nach fast einjähriger Behandlung wurde endlich die Zikatrisation zu Stande gebracht; indess starb das Kind im folgenden Jahre an einer Brustaffektion.

Bei der Untersuchung des Unterleibes fand man, etwa 1½ Fuss vom Blinddarme entfernt, ein Divertikel, welches fast 5 Zoll lang war, und sich von der Konvexität des Ileums aus nach dem Nabel zu erstreckte, mit welchem es fest verwachsen war. Der Nabel selbst erschien vollkommen normal, mit Ausnahme eines erbsengrossen Flecks in seiner Mitte, der mit Granulationen ausgefüllt war.

Schliesslich berichtet der Verf. noch den Sektionsbefund in dem von ihm mitgetheilten ersten Falle. Das Kind unterlag einer Entzündungskrankheit, und bei der Leichenöffnung fand man ein drei Zoll langes Divertikulum, welches am Nabel adhärirte. Beide Fälle, so wie noch zwei andere Präparate derselben Art, sind durch treffliche Abbildungen erläutert. (*Guy's Hospital Reports.*)

---

2. Ueber das Erysipelas der Säuglinge.

Trousseau hat im *Journal de Médecine* eine interessante Abhandlung über das Erysipelas der Kinder an der Brust veröffentlicht.

Diese Krankheit, die man nicht mit dem Erysipelas der Erwachsenen verwechseln darf, bietet nur in den beiden ersten Jahren eigenthümliche Charaktere dar. Um diese Zeit ist sie so heftig, dass Paul Dubois erklärt, er habe niemals ein Kind im ersten Monat ihr entgehen sehen.

Zu den Gelegenheitsursachen glaubt Trousseau die Entzündung des Nabels rechnen zu müssen, und in der That erscheint ungefähr an dieser Stelle oder vielmehr zwischen Schaambein und Nabel gewöhnlich dieses Erysipelas.

Die Krankheit beginnt gewöhnlich ganz einfach und gutartig, ohne vorangehendes Fieber, ohne allgemeine Störungen. Es findet zuerst nur eine lokale, sehr umschriebene Entzündung statt. Aber plötzlich nimmt dieselbe einen schnellen Verlauf und schreitet von einer Stelle zur anderen fort. So erstreckt sie sich von der Schaamgegend auf den Unterleib, die Lendengegend, Schenkel, eben so wie auf die Unterschenkel und Füsse. Vom Bauche steigt sie aufwärts nach der Brust, erreicht die Schultern und ergreift dann die Arme auf der einen, den Kopf und das Gesicht auf der anderen Seite. In dem Maasse, als sie sich weiter verbreitet, scheint sie an Intensität zu verlieren.

Bisweilen kömmt es vor, dass das Erysipelas von der Schaamgegend aus nur gegen die unteren Extremitäten herabsteigt, wo dann seine Kraft erschöpft zu sein scheint; plötzlich aber wird der Stamm ergriffen, und die Entzündung geht dann auf die oberen Theile über. Man darf übrigens, nach Trousseau's Meinung, das Kind nur als geheilt betrachten, wenn schon seit mehreren Tagen jede Röthe vollständig verschwunden ist.

Die neuen von Trousseau beobachteten Fälle haben ihn in den Stand gesetzt, wahrzunehmen, dass die Blässe des Gesichts die hauptsächlichste charakteristische Erscheinung, sogar die einzige ist, die bei allen Kindern vorkömmt. Sie tritt bisweilen sehr bald ein; zuweilen nach einem ziemlich langen Zeitraum. Später findet eine bedeutende Unruhe, unaufhörliches Geschrei, Schlaflosigkeit, und in einigen Fällen Erbrechen, Durchfall, zuletzt Konvulsionen statt. Zugleich ist der Puls *gewöhnlich* sehr frequent und klein.

Trousseau hat ein Mal eine Verhärtung des Zellgewebes an

en Stellen eintreten sehen, die von Erysipelas befallen gewesen waren, nd selbst an denen, die die Entzündung gar nicht ergriffen hatte. [1])

Einmal hat derselbe auch grosse purulente Ansammlungen im sub- utanen Zellgewebe beobachtet, mit einem Wort, das Erysipelas war hlegmonös geworden.

Dieses Erysipelas dauerte vier Tage bis zu fünf Wochen, aber ie lange es auch währen mag, die Gefahr hängt hauptsächlich von iner Ausdehnung und der epidemischen Konstitution, während welcher s auftritt, ab. Man hat beobachtet, dass die Krankheit während Epi- emieen von Puerperalfiebern häufig vorkam. Es scheint, dass die- lbe Ursache, die die Mütter heimsucht und tödtet, auch auf die Kin- er einwirkt.

Das Alter ist von bedeutendem Einflusse auf die Prognose der rankheit. Wenn man Kinder von noch nicht einem Monat hat nicht erstellen sehen, so wurden solche von 3 Monaten bis zu einem Jahre eheilt. Ueber dies Alter hinaus nimmt das Erysipelas gewöhnlich e Form und Charaktere an, wie wir sie bei Erwachsenen wahr- ehmen.

Die Behandlung scheint nur wenig Einfluss auf das Fortschreiten er Krankheit zu haben. Die emollirenden Mittel, unter allen Formen, nd vergebens versucht worden. Fomentationen, Waschungen, Bäder, alben mit schwefelsaurem Eisen haben Trousseau nichts genützt. r hat versucht, den ganzen Körper, die Extremitäten mit Blasenpfla- ern wie mit einer Binde zu umgeben; das Erysipelas ist über dieses inderniss hinweggegangen. Vesikatore sind ohne Erfolg auf die von er Entzündung befallenen Theile gelegt worden. Endlich hat Trous- eau aus Verzweiflung das Mittel versuchen wollen, dessen sich die hierärzte bedienen, um phlegmonösen Entzündungen von schlechter eschaffenheit Schranken zu setzen: er hat mit dem Glüheisen eine osse Menge Brandwunden auf der Stelle, von der das Erysipelas isging, gemacht, und der Verlauf des Leidens schien nicht modifizirt i werden. Es ist mithin unglücklicherweise unmöglich, eine vortheil- ifte Behandlung zur Bekämpfung dieser schrecklichen Affektion an-

---

1) Vor einiger Zeit beobachtete ich dieselbe Erscheinung bei einem 10 Wo- en alten Kinde, welches von einem Erysipelas befallen wurde, das von den lesen sich nach oben bis zum Gesicht verbreitete, und eine Verhärtung des Zell- webes zurückliess, wie sie bei der *Induratio telae cellulosae* der Neugeborenen schrieben wird. *Die Farbe* der Haut war auch hier grünlich-gelb, wie bei *ämischen*.

Anmerk. d. Ref.

zugeben. Trousseau meint indess, dass die besten topischen Mittel allgemeine Bäder wären, in welche man 12 bis 30 Unzen Alkohol und 8 Gran bis ℈j Sublimat thut; ferner grosse Kataplasmen von *Mica panis*, die man mit etwas Alkohol vermischen soll. Mit Hülfe dieser Mittel wurde die kleine Kranke behandelt, deren Krankengeschichte folgendermaassen von Trousseau erzählt wird:

Am 29. November kam die Frau H. nach dem Hospital Necker mit ihrer fünf Monate alten Tochter. Diese Frau litt in ihrer Jugend sehr häufig am Erysipelas des Gesichts, das aber nicht bedeutend war. Am 20sten hatte das Kind einen Furunkel am rechten Arm, um den sich am 26sten ein erysipelatöser Kreis entwickelte; am 29sten wurde der linke Arm ergriffen; am 30sten, ausser dem Arme, die Brust. Am 1. Dezember dehnte sich das Erysipelas auf die linke Hinterbacke und den Schenkel dieser Seite aus.

Seit Beginn der Krankheit ist eine anämische Färbung der Haut eingetreten, als wenn ungeheure Blutflüsse stattgefunden hätten. Der Puls ist sehr frequent, ohne Hitze der Haut. Keine gastrischen Störungen, weisse, feuchte Zunge; das Kind trinkt gern. Alle ergriffenen Theile werden in Kataplasmen von Semmelkrumen, denen etwas Alkohol hinzugefügt wird, eingehüllt. Bis zum 4ten schreitet das Erysipelas weiter fort, und ergreift beide Unterschenkel bis zu den Füssen; nach oben hat es nicht den Hals überschritten.

An den folgenden Tagen und bis zum 8ten wird mit den emollirenden Kataplasmen fortgefahren, und ausserdem erhält das Kind ein Bad mit Alkohol und Sublimat.

Es fand einige Mal Erbrechen und geringer Durchfall statt. Am 7ten war das Erysipelas gänzlich verschwunden; es blieb nur eine geringe Anschwellung der unteren Extremitäten zurück. Am 8ten schien Alles sehr gut zu gehen; die Mittel werden ausgesetzt. Am 9ten zeigen sich einige erysipelatöse Flecke auf der rechten Weiche und dem Schenkel dieser Seite. Kein Fieber. Die Kataplasmen und Bäder werden wieder angewandt. Am 12ten ist Alles beendet; die Farbe des Kindes ist gut. Das Erysipelas dauerte 16 Tage.

Trousseau hat noch den Fall eines Kindes von 4 Monaten mitgetheilt, wo das Erysipelas in 13 Tagen unter dem wenigstens anscheinenden Einfluss merkurieller Einreibungen, die aus rothem Präzipitat ℈j auf ℥β Axungia bestanden, geheilt wurde. Die anderen Beobachtungen des Arztes am Hospital Necker beziehen sich auf Kinder von 8, 20, 21 und 40 Tagen und auf ein Mädchen von 10 Monaten.

Bei diesen fünf Kranken hat die Behandlung die Krankheit in ihrem Verlauf nicht aufhalten können.

---

3. Ueber den chronischen Hydrocephalus mit bedeutender Vergrösserung des Schädels und Integrität der Sinnesorgane, von Dr. Loir.

Diese Abhandlung enthält zwei interessante, obwohl in Hinsicht auf die pathologische Anatomie unvollständige Beobachtungen, da die Kranken noch am Leben sind.

Louis V., 7½ Jahr alt, bot seinen Eltern bis zum vierten Monate nichts Auffallendes dar; seine Gesundheit war gut, als er, ohne dass eine Ursache aufgefunden werden konnte, von heftigen Konvulsionen befallen wurde, die sich mehrere Male wiederholten. Von dieser Zeit an blieben, wiewohl das Kind nicht krank zu sein schien, alle Organe, alle Funktionen fast stationär, und man bemerkte ein Missverhältniss in der Grösse des Schädels. Von nun an nahmen die Dimensionen dieses Theils allmälig zu, und in einem Zeitraum von kaum anderthalb Jahren hatte der Kopf fast den Umfang, welchen er jetzt zeigt, erreicht.

Der Kranke, wiewohl in einem sehr elenden Zustande, ist doch nicht abgemagert. Unfähig sich seiner Glieder zu bedienen, fast auf ein organisches Leben angewiesen, liegt er beständig auf dem Rücken; der Kopf, von ungeheurem Gewichte, ruht bald auf der einen, bald auf der anderen Seite; die braunen, vorspringenden, etwas konvulsivisch bewegten Augen sind gewöhnlich beide nach rechts gerichtet; der Mund steht offen; die hervorgestreckte Zunge ragt über die Lippen hervor; die zusammengezogenen oberen Extremitäten können nur schwer ausgestreckt werden, die linke ist mehr kontrahirt als die rechte, die unteren, ziemlich schwächlichen, können jede Bewegung ausführen; Urin- und Stuhlentleerung erfolgt unwillkührlich.

Das Kind hört und sieht, erkennt seine Eltern, drückt einige Wünsche aus, spricht einige Worte. Die Sensibilität ist erhalten und selbst erhöht. Schlaf ist ungestört; Appetit ziemlich gut; das Schlukken ist nicht behindert. Die Digestion geht normal von Statten, mit Ausnahme einer habituellen Verstopfung; übrigens ist das Kind heiter, liegt ruhig im Bette.

Die Grösse des Schädels ist schreckenerregend. Seine Dimensionen, verglichen mit denen eines gut gebauten Erwachsenen, sind folgende:

Umfang	74 Centim.	Beim Erwachsenen	56 Centim.
der Queerdurchmesser . .	20 -	- -	15 -
der gerade Durchmesser	26 -	- -	19¼ -
der diagonale Durchmesser	29 -	- -	26 -

Die Stirn ragt etwas nach vorn hervor, seine Oberfläche ist mit ziemlich dicken Venen, die unter der Haut deutlich wahrnehmbar sind, durchzogen. Alle Knochen scheinen verdickt zu sein.

Das Gesicht hat den Ausdruck eines siebenjährigen Kindes, ist regelmässig gestaltet, leicht geröthet; die Augen, etwas konvulsivisch bewegt, bewegen sich leicht nach dem Willen des Kranken. Das Zahnfleisch ist angeschwollen.

Emil M., 2½ Jahr. Bei der Geburt fiel das Kind, während die Hebamme sich entfernt und die Frau aufgestanden war, heftig auf die Erde. Indessen traten hierauf keine nachtheiligen Folgen für das Kind ein, nur war der Kopf etwas grösser. Ein halbes Jahr später fing derselbe an an Umfang zuzunehmen, und die Eltern, zu arm, um für das Kind Sorge tragen zu können, thaten nichts dagegen.

Jetzt hat der Kopf einen ungeheuren Umfang erreicht; seine Dimensionen sind folgende:

Umfang	71 Centimeter,
der gerade Durchmesser . .	24 -
der queere Durchmesser . .	21 -
der diagonale Durchmesser	26 -

Die Stirn springt stark nach aussen hervor. Die Knochen sind vollkommen ossifizirt, sehr hart und hypertrophisch. Man kann deutlich die Spuren der Näthe durch die Haut unterscheiden. Die Fontanellen sind verknöchert, aber man kann an ihrer Stelle deutlich die Gegenwart einer Flüssigkeit im Schädel erkennen.

Trotz dieser enormen Grösse des Kopfes sind die Sinnesorgane ganz im Zustande der Integrität; der Kranke sieht Alles was um ihn herum vorgeht, hört sehr gut, versteht, was man ihm sagt, spricht einige Worte; sein ganzer Gesichtsausdruck kündigt Verstand an; die Sensibilität ist erhalten und selbst gesteigert; die oberen Extremitäten liegen ausgestreckt an jeder Seite des Stammes, der Vorderarm ist *stark extendirt*, fast nach hinten gekehrt, die Hand in Pronation, die *Finger* gebeugt.

Die unteren Extremitäten, so wie das Becken, sind wenig entwickelt; die Schenkel sind an den Leib angezogen, die Unterschenkel übereinander gekreuzt.

Das Kind ist sehr gefrässig, isst viel und verdaut gut. Verstopfung findet statt. Die Exkretionen gehen nicht immer unwillkührlich ab. Schlaf gut; der Körper ist wohlbeleibt. Der allgemeine Gesundheitszustand gut, und es treten nur von Zeit zu Zeit Zusammenfahren und konvulsivische Bewegungen von kurzer Dauer ein. (*Revue médicale.*)

---

4. Ueber Chorea bei Kindern, von B. G. Babington.

Der Verf., der sich gleich von vorn herein als Anhänger der Marshall Hall'schen Theorie der Chorea bekennt, vergleicht zuerst die frühere unklare Ansicht von dieser Krankheit mit derjenigen, welche in neuerer Zeit durch den berühmten Physiologen aufgestellt worden ist, eine Vergleichung, die, wie man leicht begreift, sehr zum Vortheil der letzteren ausfallen muss. Wir setzen hier die Ansichten Marshall Hall's über das Nervensystem überhaupt als bekannt voraus, und führen nur an, dass er früher die Chorea als eine Affektion des eigentlichen Spinalsystems betrachtete, und sie gleichsam als Beispiel der Dysharmonie zwischen zerebraler und spinaler Thätigkeit hinstellte. Mit dieser Ansicht verträgt sich aber nicht die Erfahrung, dass die Bewegungen in der Chorea während des Schlafes gewöhnlich nachlassen, während sie im Gegentheil zunehmen müssten, wenn die Krankheit wirklich eine Affektion des exzito-motorischen Systems wäre. Dieser Umstand entging dem Scharfsinne Marshall Hall's nicht; er bemerkte, dass die Bewegungen nur während eines ruhigen Schlafes nachliessen, aber sogleich wiederkehrten, wenn die Kinder von Träumen geängstigt wurden, und schloss daraus, dass nur der Mangel der Emotion während des Schlafes das Aufhören der Bewegungen bedinge; er erklärte demnach die Chorea für eine krankhafte Affektion des Organs der Emotion, d. h. des verlängerten Marks, die sowohl vom Gehirn, wie vom Gangliensystem völlig unabhängig sei.

Seine eigene Ansicht von der Chorea spricht der Verf. in folgenden Worten aus: „Die Krankheit charakterisirt sich durch unregelmässige unwillkührliche Kontraktionen der dem Willen unterworfenen Muskeln, *abwechselnd mit* Atonie derselben, und frei von Schmerz."

Babington macht einen sehr richtigen Unterschied zwischen diesen Muskelkontraktionen und eigentlichen Konvulsionen, wie sie z. B. in der Epilepsie vorkommen. Der Reiz, welcher die Choreabewegungen bedingt, ist nicht stärker, als der normale Stimulus des Willens, daher auch die Bewegungen mehr den Charakter der willkührlichen haben. Auffallend ist auch die grosse Atonie der Muskeln während der Pausen der Choreabewegungen, so dass z. B. die Glieder wie todt herabfallen, der Kopf ganz passiv auf die Schulter sinkt, der Kranke unfähig ist, irgend etwas fest zu halten u. s. w.

Wenn die Krankheit partiell ist, so nimmt sie eine Körperhälfte mehr als die andere in Anspruch, kann sogar nur ein Glied befallen. Die Bewegungen der oberen Extremitäten zeigen sich in der Regel früher, und sind heftiger als die der unteren, wenn auch Sydenham sagt: *„Primo se prodit claudicatione quadam, vel potius instabilitate alterutrius cruris, quod aeger post se trahit fatuorum more: postea in manu"*. Die unteren Extremitäten allein sind niemals affizirt; immer leiden die oberen mehr oder weniger mit. Dagegen kommen die Choreabewegungen in den Armen ohne Theilnahme der unteren Gliedmaassen nicht selten vor. Die Affektion der Gesichtsmuskeln, der Zunge u. s. w. ist bekannt genug. Der Puls ist nach der Erfahrung des Verf. entweder ganz normal, oder sogar langsamer, nur zuweilen nimmt seine Frequenz zu. In diesen Fällen hört man oft ein, den ersten Herzton begleitendes Blasebalggeräusch. Bleiben die Kurversuche ohne Erfolg, so tritt Abmagerung ein, die nach und nach zunimmt, ein Umstand, der, zusammengehalten mit dem torpiden Zustande des Darmkanals, der gewöhnlich die Krankheit begleitet, ein bedeutendes Leiden der chylopoetischen Organe anzudeuten scheint. Auch macht der Verf. darauf aufmerksam, dass die ergriffenen Muskeln dem Willen noch immer gehorchen, wenn auch die Kraft fehlt, längere Zeit die intendirte Stellung beizubehalten. Das kranke Kind hebt auf Verlangen den Arm, lässt ihn aber bald wieder sinken, es streckt die Zunge heraus, muss sie indess bald wieder zurückziehen.

In ätiologischer Beziehung hat man namentlich Emotionen zu würdigen. Der Verf. theilt hier seine Erfahrungen mit, dass in Hospitälern nicht selten gar keine Erscheinungen der Chorea an den kleinen Kranken wahrgenommen würden, bis zu dem Augenblick, wo der Professor mit einem Haufen Studirender sich dem Bette nähert; dann brechen plötzlich die Bewegungen aus. Dieselben Folgen hat nicht selten ein Todesfall, ein epileptischer Paroxysmus, eine Operation in

demselben Krankenzimmer, und die Aufnahme eines frischen Falles von Chorea verursacht zuweilen einen Rückfall bei denen, die bereits in der Rekonvaleszenz begriffen waren.

Die Krankheit ist überhaupt sehr zu Rezidiven geneigt, vorzugsweise und aus leicht begreiflichen Gründen in den niederen Klassen. Nachahmung und Sympathie spielen als ätiologische Momente eine grosse Rolle, so dass die Chorea, gleich der Hysterie, nicht selten gleichsam epidemisch auftritt, z. B. sämmtliche Mitglieder einer Pensionsanstalt u. s. w. befällt.

Interessant ist die Beobachtung, dass die Frequenz des Vorkommens der Chorea an verschiedenen Orten und zu verschiedenen Zeiten auch sehr verschieden ist. Sydenham spricht nur von 5 Fällen, die ihm in seiner grossen Praxis vorkamen. Dr. Gregory gestand im Jahre 1775, nur 12 Fälle dieser Krankheit behandelt zu haben; während jetzt sowohl in London als auch auf dem Festlande jeder nur einigermaassen beschäftigte Arzt eine grosse Zahl Choreakranker zu beobachten Gelegenheit hat.

Im weiteren Verlaufe seiner Abhandlung spricht der Verf. noch ausführlicher über die ätiologischen Verhältnisse der Krankheit; wir heben hier nur die Bemerkung hervor, dass auch der Rheumatismus, wenn er das Herz und das Perikardium befällt, Ursache der Chorea werden kann, indem die Irritation der Plexus und Ganglien, welche das Herz umgeben, auf das Rückenmark verpflanzt wird. (Der Verf. scheint sich hier auf einen im XXII. Bande der *Medico-chirurgical Transactions* mitgetheilten Aufsatz von Bright zu beziehen, auf den wir verweisen. Bright stellt die Behauptung auf, dass in solchen Fällen der *N. phrenicus* der Vermittler ist.) Auch unregelmässige Menstruation soll, mittelst der Lumbarplexus, die Krankheit veranlassen können. (Diese Bemerkung bedarf gewiss noch sehr der Bestätigung. Wir sehen übrigens keinen Grund ein, weshalb der Verf. die durch Menstruationsanomalieen bedingte Chorea als Reflexaffektion betrachten will, da doch die Annahme einer anämischen Basis in solchen Fällen weit näher liegt, wofür auch noch das im Herzen und den Karotiden vernehmbare Blasebalggeräusch spricht.)

Der Verf. theilt nun 25 Krankengeschichten mit, von denen fünf besonders deshalb von Interesse sind, weil sie den Zusammenhang der Chorea mit Herzaffektionen, namentlich der Perikarditis, zu bestätigen scheinen. In fast allen diesen Fällen ging ein Anfall von akutem Rheumatismus dem *Ausbruche der Chorea* voraus.

Was nun die Behandlung der Krankheit betrifft, so muss sich diese theils nach den Ursachen, theils nach den Komplikationen und dem Kräftezustande des Patienten richten. Daher lässt sich nicht in allen Fällen die so allgemein empfohlene tonisirende Methode anwenden, vielmehr ereignet es sich zuweilen, dass man zum schwächenden Verfahren, selbst zu Blutentleerungen seine Zuflucht nehmen muss. Dass die auf den Darmkanal wirkende Methode so häufig glücklichen Erfolg hat, leitet der Verf. davon her, dass die Krankheit bei Kindern in den meisten Fällen vom Darmkanal ausgeht.

Unter den tonisirenden Mitteln rühmt der Verf. vor allen anderen die Chinarinde und das *Chininum sulphuricum.* Indess erzählt er einen Fall, wo er die heftigste Chorea binnen einigen Tagen durch getheilte Dosen von Portwein, der, um gelind abzuführen, mit Rheum verbunden wurde, heilte. Auch das schwefelsaure Zink hat ihm in vielen Fällen treffliche Dienste geleistet, aber nur dann, wenn er starke Dosen, selbst 12 — 14 Gran (!) 3mal täglich verordnete. Durch allmäliges Steigen brachte er es sogar dahin, dass ein Kranker ½ Drachme *Zinc. sulphur.* 3mal täglich nahm. Als das wirksamste Mittel in hartnäckigen Fällen empfiehlt der Verf. die *Solutio arsenicalis.*

Unter den äusseren Mitteln rühmt er das Regenbad und vorzugsweise die Elektrizität, die, bereits 1761 von De Haen empfohlen, jetzt im Guy's Hospital eine ausgedehnte Anwendung findet.

---

5. Ueber den Einfluss des kindlichen Alters auf die Erzeugung von Blutflüssen, von Dr. Vanier.

Da das arterielle System in den ersten Lebensjahren vorherrschend ist, was sich besonders durch sehr deutlich wahrnehmbare Injektion der Schleimhäute zu erkennen giebt, so sind die Blutflüsse im kindlichen und Jünglings-Alter häufiger als zu anderen Zeiten des Lebens.

Bei Neugeborenen kommen Blutflüsse aus der Schleimhaut des Darmkanals, vorzüglich des Dünndarms, und zuweilen auch des ganzen *Tubus intestinalis* vor. Diese Affektionen sind Folge des deutlich ausgesprochenen hyperämischen Zustandes der Schleimhaut des Darmkanals. (Billard.)

Die Blutflüsse, die im jugendlichen Alter am häufigsten vorkommen, sind die aus der Nasenschleimhaut. Sie beginnen beim Heran-

nahen der Pubertät und dauern gewöhnlich bis zum Ende des Jünglingsalters. Ihre grössere Frequenz um diese Zeit ist abhängig von dem Vorherrschen der kapillären Zirkulation gegen den Kopf und von der Plethora des Gehirns, die gewöhnlich in diesem Alter stattfindet. Diese Plethora dehnt sich auf die Nasenschleimhaut aus, die bis zum Ende des Jünglingsalters bedeutend mit Blut überfüllt ist. Derselben Ursache sind die Kopfschmerzen, das Ohrensausen, die Schmerzen in den Augen zuzuschreiben, die sehr oft ein zu anhaltendes Studium hervorruft. (Hoffmann.)

Das Vorwiegen der arteriellen kapillären Zirkulation bei Kindern offenbart sich durch eine starke Injektion der Gehirn- und Rückenmarkshäute. Diese physiologische Beschaffenheit giebt Veranlassung zu einer Hämorrhagie, die nur in diesem Alter vorkommt, nämlich der *Apoplexia meningum*, in welcher sich das Blut an der Oberfläche des Gehirns ergiesst, in die Maschen der Piamater oder am hinteren und unteren Theile des Rückenmarks. (Billard.)

Vor der Pubertät sind die Metrorrhagieen selten, und trifft ein solcher Fall ein, so kann man nicht mit Sicherheit bestimmen, ob das Blut nicht aus der Scheide kömmt. (Gendrin.) Hämaturie und Hämorrhoiden treten nur ausnahmsweise im kindlichen Alter auf; dies rührt daher, dass das Blut nach einer entgegengesetzten Richtung als nach der der Bauchorgane seine Richtung nimmt.

Die Hämorrhoiden kommen bei Kindern nur als Ausnahme vor, sagt Gendrin in einer Anmerkung seiner Thesis über den Einfluss des Alters auf die Krankheiten. Trunka hat, in seiner *Historia haemorrhoidum*, 39 Fälle gesammelt, die bei Kindern unter 15 Jahren vorgekommen waren, 33 hatten noch nicht das neunte Jahr erreicht. Klein hat sie bei einem vierjährigen Kinde beobachtet. Gendrin sah sie bei einem sechsjährigen. Er glaubt mit Montègre, dass diese Ausnahmsfälle nur durch Erblichkeit entstanden sind.

---

6. Neue Methode, die Hasenscharte zu operiren.

Malgaigne hat eine Abänderung in dem bis jetzt gebräuchlichen Verfahren die Hasenscharte zu operiren bekannt gemacht.

Da es bis jetzt unmöglich war, die Kerbe in der Lippe, die nach der glücklichsten Vereinigung zurückbleibt, zu vermeiden, so forschte er nach der Ursache dieser Entstellung. Er glaubte, dass sie

offenbar von der Beschaffenheit des angeborenen Fehlers herrührte, aber ausserdem der Operationsmethode zuzuschreiben sei. Bei der Hasenscharte findet in der That eine wirkliche Atrophie des Gewebes statt, welche, wenn sie eine einfache ist, besonders an den beiden hervorspringenden Winkeln der Ränder bemerkbar ist. Es folgt hieraus, dass die genaueste Annäherung nicht die Kontinuität des freien Randes der Lippe wiederherstellen würde, ohne eine sehr deutliche Kerbe zurückzulassen. Bei der doppelten Hasenscharte ist die Atrophie noch auffallender und die Schwierigkeit daher noch grösser.

Kann man annehmen, dass die Operation zugleich diesen Substanzverlust beseitigt? Malgaigne ist nicht dieser Meinung, und zwar lässt er sich darüber folgendermaassen aus:

Das Abtragen mit dem Bisturi oder mit der Scheere bringt einen neuen Substanzverlust hervor, der die Deformität vermehrt, anstatt sie zu mindern. Man hat, es ist nicht zu leugnen, die Absicht, die Rundung der Winkel zu beseitigen, und ihnen eine fast viereckige Gestalt zu geben; aber dies ist eine eitle Hoffnung, und auf fünf bis sechs Fälle, wo dies erzielt wird, kann man mehr als sechszig rechnen, wo das Verfahren erfolglos bleibt. Guersant z. B., der *nicht* weniger als 30 Hasenscharten im vergangenen Monat Dezember operirt hat, hat nicht einen einzigen seiner Operirten vor der unvermeidlichen Einkerbung schützen können.

Um dieser Unannehmlichkeit zu begegnen, war Malgaigne der Ansicht, dass man, anstatt die Lippensubstanz, wie es gewöhnlich geschieht, noch mehr zu verringern, so viel als möglich von derselben erhalten und auf Kosten der benachbarten Theile dieselbe ersetzen müsse. Mit einem Wort, das Wundmachen der Ränder kann nur durch Abschneiden einiger Stückchen von der Haut geschehen; diese Hautstücke benutzt nun Malgaigne, und die Aufsparung derselben bedingt seine Methode.

Was die Ausführungsweise betrifft, so ist nichts einfacher als diese. Anstatt von unten nach oben abzutragen, geschieht die Abtragung von oben nach unten, und man erspart am Lippenrande kleine Lappen der Haut, die bei dem Wundmachen der Ränder losgetrennt werden.

Folgende Beobachtung wird eine genaue Anschauung der Operation geben:

Malgaigne verlängerte mit einem Schnitte die Hasenscharte *nach oben*, bis unter das Nasenloch. Indem er sich dann an die linke *Seite des Kranken* stellte, um die Scheere von oben nach unten wirken

zu lassen, nahm er die Abtragung vor, in der eben gemachten Inzision beginnend, bis 2 Millimeter entfernt von dem freien Rande der Lippe. Malgaigne bemühte sich an dem abgerundeten Winkel, durch den die Hasenscharte mit dem Lippenrande in Verbindung steht, parallel herunterzugehen, damit die Lappen überall gleich dick würden, und er am Lippenrande die Stelle, wo er noch horizontal läuft, erreiche. Hierzu waren zwei Scheerenschnitte auf jeder Seite nöthig, einer, der bis zum Winkel ging, der andere, der um denselben herumging, so dass die Vereinigungswunde aus drei Stücken bestand, zuerst in einer vertikalen Richtung, dann immer schiefer werdend, ohne die blutende Fläche der kleinen auf jeder Seite hängen gebliebenen Lappen zu rechnen, die noch eine abweichende Richtung hatten; aber gleich nach Anlegung der ersten Nadel, ganz unten an dem Hauttheil der Lippe, war die Vereinigung vollständig, und da die kleinen Lappen nur an einem sehr dünnen Stiele hingen, so war ihr Umkehren nach oben und ihr Aneinanderfügen sehr leicht zu bewerkstelligen.

Da die Lippe zugleich sehr hoch und dick war, so fügte Malgaigne noch zwei andere Nadeln hinzu, worauf er erst die Lappen vornahm. Sie waren viel dicker als es nöthig war, um die fehlende Lippenmasse zu ersetzen. Malgaigne entfernte das nicht zu Gebrauchende und vereinigte sie dann durch die *Sutura circumvoluta* hinten und vorne.

Nach vierzehn Tagen verliess der Kranke das Hospital. Am Munde zeigte sich nur eine lineäre Narbe, ohne Einkerbung. Malgaigne stellte den Kranken der *Société de chirurgie* vor, die ebenfalls über das Fehlen jeder sichtbaren Narbe auf der ganzen Schleimhaut der Lippe, eine bis dahin unerhörte Erscheinung, erstaunt war. (*Journal de chirurgie.*)

V. Miszellen und Notizen.

Die Punktion gegen chronischen Hydrocephalus ist in neuerer Zeit wieder vielfach und nicht ohne einigen Erfolg geübt worden. Malgaigne ist der Ansicht, dass die Operation nur zum Heil führen könne, wenn das Kind noch nicht 4 Monate alt ist. — Coldstream (*Edinb. monthly Journal*) hat in einem Falle 5 mal die Punktion gemacht und in Summe 1536 Grammen Flüssigkeit aus dem *Kopfe entleert; das Kind* kam aber nicht durch. — Whitebridge

hat binnen 7 Wochen 4mal die Punktion gemacht und in Summe 1826 Grammen Flüssigkeit abgezogen, aber das Kind starb auch. — Dugar hat 6mal in 4 Monaten an einem Kinde die Punktion gemacht; am Morgen nach der 6ten Operation starb das Kind. — Bedoz in Troyes hat an einem 14 Monate alten Kinde binnen 4 Monaten den Kopf 9mal angestochen und abgezapft; das Kind zeigte Besserung und starb ein Jahr nach der letzten Punktion an Pneumonie. (*Clinique des Hôpitaux des Enfans, Ann. III.* 374.) — Dieser eine anscheinend glücklichere Fall muss Anlass sein, die Operation nicht ganz zu verwerfen, sondern sie zu modifiziren, ihre Indikationen fester zu stellen, vielleicht Kompression damit zu verbinden u. s. w., da das Uebel noch viel verzweifelter ist, als die Operation.

Gegen Cephalämatom bei einem 12 Tage alten Kinde hat Chabrely (*Clinique des Hôpitaux des Enfans*) ein Einstreupulver angewendet, das er *Poudre d'amidon camphrée* nennt. Dieses kampherhaltige Mehlpulver besteht aus 4 Theilen Kampher und 40 Theilen Stärkemehl. Er bepudert damit die Kopfgeschwulst, legt eine dünne Schicht Baumwollwatte darüber, und setzt zum Festhalten eine Kindermütze auf. Die sogenannten zertheilenden Flüssigkeiten fürchtet er, weil sie durch ihre Verdunstung und Kälteerzeugung leicht Katarrh bewirken, oder in die Augen hinabfliessen, sie entzünden können u. s. w. In einem Falle von doppeltem Cephalämatom bei einem 12 Tage alten Kinde verschwand dieses nach 15tägiger Behandlung mittelst dieses Streupulvers.

Gegen die pustulöse, ulzerative oder impetiginöse Abartung der *Crusta lactea* auf Antlitz und Kopfhaut befolgt Prof. Trousseau in Paris (*Journ. des conn. medic. chirurg.*) folgendes Verfahren: Die Krusten werden erst mit erweichenden Kataplasmen abgeweicht, die Haare werden kurz abgeschoren und, wo es nur möglich ist, rasirt, und folgendes Unguent oder Liniment so lange aufgestrichen, so lange sich die Krankheit wieder zu erzeugen strebt: 1) *℞ Calcariae (s. Natri, s. Kali) sulphurat. part.* ij, *Unguent. simplic. part.* xxx, *M. fiat Unguentum.* — 2) *℞ Olei Olivar., Aq. Calcis* āā *ut fiat Linimentum, cui adde Flor. sulphur. depurat. partem dimidiam.* — Reichen diese Mittel nicht aus, so lässt er gar Merkurialsalbe einreiben; auch giebt er Schwefelbäder, Sei-

fenbäder, Bäder mit Borax, verschärft zur Unterstützung der Kur. — So wie es zur Heilung geht, lässt er sogleich ein bleibendes Vesikatorium auf den Arm legen, das Kind von Zeit zu Zeit purgiren, und giebt ihm Morgens und Abends einen bis zwei Esslöffel voll seines *Syrupus antiscorbuticus.*

Tinea maligna, Verfahren von Düsterberg (*Gazette des Hôpitaux*). Das Kind wird durch Kalomel und Jalape zuerst purgirt; die Haare werden so kurz wie möglich abgeschnitten und die kranken Stellen mit frischer, ungesalzener Butter überstrichen. Nach einigen Tagen werden die erweichten Krusten und die Butter mit Seifenwasser abgeschwemmt. Dann werden die kranken Stellen mit *Calcaria sulphurata,* die mit etwas Wasser bis zur Konsistenz des Breies erweicht worden, etwa eine Linie dick belegt; nach 8 Tagen wird die angetrocknete Schicht mit Seifenwasser abgeweicht und abgewaschen. Dieses wird so lange wiederholt, bis die Stellen glatt, bläulichroth und trocken erscheinen, worauf die Heilung geschehen ist. Während der Behandlung strenge Diät und Purganzen, die noch einen Monat nach der Heilung fortgesetzt werden müssen.

Tinea favosa, Verfahren von Dr. Ordinaire in Lyon (*Journ. des conn. medic.*). Dieses Verfahren wird im Hospiz der Antiquaille zu Lyon geübt, und man ist sehr zufrieden damit; es ist aber nichts Anderes als die greuliche Pechpflaster-Schinderei, wodurch die Haare mit den Wurzeln ausgerissen werden; nur ist es nicht blosses Pech, sondern ein Gemisch aus 110 Th. Stärke, 124 Th. Pech, 96 Th. Kolophonium, 48 Th. Terpenthin und 1250 Th. weissem Weinessig; der Weinessig mit der Stärke muss kochen, bis es eine Kleisterkonsistenz hat; dann lässt man Pech, Harz und Terpenthin besonders zusammenschmelzen und mit jenem vermengen. Dieses sehr klebende Gemisch wird pflasterartig auf Leinwand gestrichen und davon Streifen gebildet. Man verfährt wie mit dem Pechpflaster; man hatte früher reines Pech genommen, ist aber davon abgekommen. Diese Klebemischung soll milder sein, weniger reizen.

Tinea favosa, Verfahren der Gebrüder Mahon (*Clinique des Hôpitaux des Enfans*). Die Indikationen sind: 1) Strenges Reinhalten der Kopfhaut; 2) Modifikation des Lebenszustandes dieser Haut; 3) milde Entfernung der Kopfhaare und erkrankten Haarzwiebeln. Diese Indikationen werden auf folgende Weise erfüllt: Die Haare werden nur so weit abgeschoren, dass noch etwa 1 — 2 Linien stehen bleiben; die Krusten werden mit Kataplasmen abgeweicht, und dann wird der Kopf mit Seifenwasser abgewaschen. Dieses wird 5 Tage oder so lange wiederholt, bis der Kopf ganz gereinigt ist. Zur Wegschaffung der Haare müssen nun epilatorische Salben angewendet werden, und zwar desto kräftigere und desto längere Zeit, je nach der Hartnäckigkeit der Krankheit; diese Salben wendet man nur des Nachts an. Bei Tage lässt man den Kopf mit einem engen Kamme fleissig kämmen, um das losegewordene Haar zu entfernen; einmal oder zweimal in 14 Tagen streuet man auch bei Tage ein epilatorisches Pulver zwischen die Haare. So fährt man 4 bis 6 Wochen geduldig fort, nur dass man das epilatorische Mittel verstärkt. Sind alle Haare nach und nach entfernt, so wendet man eine zweite Salbe an, immer nur des Nachts; bei Tage wird keine Salbe angewendet, sondern gekämmt, und damit der Kamm nicht weh thue, muss er, falls der Kopf nicht noch fettig ist, eingeölt werden. — Leider ist die Zusammensetzung der Pulver, deren sich die Gebrüder Mahon bedienen, noch ein Geheimniss; die Analyse zeigt nur ein Gemisch von Fett und Pflanzenasche. Es giebt indess eine alte Formel von Sydenham, die hieran erinnert, und vielleicht dasselbe giebt, was die Gebrüder Mahon anwenden; diese Formel ist: ***℞ Olei Amygdalar., Olei Lauri, Folior. Abrotan. incinerat.*** āā ***M. fiat Linimentum.*** Dieses Liniment soll nach S. jeden Morgen aufgestrichen und dann der Kopf mit einer Schweinsblase bedeckt werden; daneben Purganzen.

Register zu Band II.

(Die Ziffer bezeichnet die Seite.)

Berlin, Druck von A. W. Hayn.

JOURNAL

FÜR

KINDERKRANKHEITEN,

unter Mitwirkung der Herren

Geh. Rath Prof. Dr. Barez

Direktor der Kinderklinik in der Charité in Berlin,

und

Prof. Dr. Romberg,

Direktor der Poliklinik der Universität in Berlin,

herausgegeben

von

Dr. Fr. J. Behrend, u. **Dr. A. Hildebrand,**

prakt. Arzte und Arzt am jüd. Krankenhause in Berlin.

prakt. Arzte und Assistenten an der Kinderklinik daselbst.

Band III. (Juli — Dezember 1844.)

Berlin,

bei Albert Förstner.

1844.

Inhalts-Verzeichniss zu Band III.

I. Abhandlungen und Originalaufsätze.

II. Analysen und Kritiken.

III. Klinische Mittheilungen.

IV. Das Wissenswertheste aus den neuesten Zeitsehriften und Werken.

V. Verhandlungen gelehrter Vereine und Gesellschaften.

VI. Miszellen und Notizen.

JOURNAL
FÜR
KINDERKRANKHEITEN.

Jedes Jahr erscheinen 12 Hefte in 2 Bänden. — Gute Original-Aufsätze über Kinderkrankh. werden erbeten und am Schlusse jedes Bandes gut honorirt.

Aufsätze, Abhandlungen, Schriften, Werke, Journale etc. für die Redaktion dieses Journals beliebe man kostenfrei an den Verleger einzusenden.

BAND III.] BERLIN, JULI 1844. [HEFT 1.

I. *Abhandlungen und Originalaufsätze.*

Vom Krup auf Martinique, von Dr. Rufz, Arzt daselbst.

Auf Martinique kömmt der Krup vor, in sieben Jahren habe ich ihn sechsmal beobachtet. Alte Einwohner des Landes, und in ihrem Fache bewandert, haben mir wiederholt versichert, dass zu allen Zeiten die Halsleiden sehr gefürchtet und die *Catarrhi suffocativi* sehr allgemein waren, so dass ich das Recht habe anzunehmen, der Krup habe immer in der Kolonie geherrscht, wurde aber mit anderen Krankheiten verwechselt.

Diese schreckliche Affektion ist von so spezifischem Charakter, dass ich die Meinung hege, es würde nicht uninteressant sein, zu erfahren, ob sie unter allen Breiten vorkomme, dort unter denselben Formen auftrete, und von gleicher Heftigkeit sei. Wiewohl meine Beobachtungen sonst nichts besonderes Neues darbieten, und das, was man schon über dem Krup weiss, nicht bereichern, so glaube ich doch, dass sie, hätten sie auch nur einen geographischen Werth, nicht ohne Interesse sein werden.

Entwickelung eines epidemischen Krups.

Am 5. März 1837 sah ich eine junge Mulattin, die seit fünf Tagen an einer heftigen Angina litt; die Mandeln waren sehr geschwollen, mit violetter Röthe der Nachbargebilde und Bildung eines grauen Ueberzuges. Diese Angina schien mir nicht einfach zu sein, doch argwöhnte ich damals noch keine böse Form. Das Fieber war mässig. In Folge eines Brechmittels und zweier Purganzen verschwand die Halsentzündung.

Fast um dieselbe Zeit wurde die Herrin dieses jungen Mädchens, welches in demselben Hause wohnte, auch von einer Angina mit fast

denselben Erscheinungen ergriffen, die sehr langsam den angewandten Mitteln wich.

Die Frau war kaum hergestellt, als ihre drei Kinder von 7, 5 und 3 Jahren gleichzeitig von Halsschmerzen befallen wurden.

Das älteste, von lymphatischer Konstitution, zarter, weisser Haut, hatte nie beunruhigende Symptome dargeboten; der Pharynx war roth, aber die Tonsillen wenig angeschwollen, keine Pseudomembranen; niemals war die Stimme erloschen, aber das Fieber fünf oder sechs Tage hindurch ziemlich heftig; geringer Appetit; aus der Nase floss lange Zeit auch nach der Heilung ein nicht unbedeutendes Sekret, mit Bildung von dicken Krusten, und von Zeit zu Zeit stellte sich Nasenbluten ein, doch wurde das Kind durch die gewöhnlichen Mittel geheilt. Nicht so war es bei den beiden anderen.

Bei dem dreijährigen Kinde, von kräftiger Konstitution, das nur zwei Tage lang an Katarrh litt, war am 18. März die Rachenhöhle geröthet und die Tonsillen geschwollen, das Fieber heftig. Sie erhielt ein *Infusum Ipecac.* von 1 Drachme und erbrach sich zweimal; 10 Blutegel wurden an die Winkel des Unterkiefers applizirt, worauf sie sich sehr erleichtert fühlte; den 19ten Morgens erhielt sie Manna ℥j. Im Laufe des Tages nahmen der Husten, die Respirationsbeschwerde und das Fieber zu. Um 4 Uhr ein zweites Brechmittel von ʒj Ipekakuanha; das Kind schien etwas ruhiger zu sein, jedoch zeigte sich um 9 Uhr der Pharynx von einem weisslichen und glänzenden Aussehen; ich versuchte, die hintere Wand desselben mit einer Auflösung von gr. xxxv *Argent. nitricum* auf eine halbe Unze Wasser zu ätzen.

Um 2 Uhr Morgens stellten sich Suffokationsanfälle ein, das Gesicht war blass, die Augen glänzend; das Kind sass fortwährend aufrecht; die Haut war heiss, der Puls frequent; die Pseudomembran sass auf dem Zäpfchen und den benachbarten Theilen, war weisslich, glänzend, mehr trocken als feucht, runzelig; die Stimme erloschen.

Das Uebel schien mir schon zu weit vorgeschritten zu sein, als dass ich auf die Kauterisation rechnen konnte, die bei einem so jungen Kinde nur mit der grössten Schwierigkeit auszuführen war; ich brachte die Eltern dahin, mir die Ausführung der Tracheotomie zu gestatten; diese wurde unmittelbar darauf vollzogen. Ein Einschnitt von der Länge eines Daumens wurde auf dem *Ligamentum crico-thyreoideum* gemacht; da ich sehr schnell operirte, so wurde ich durch den Blutausfluss nicht behindert; die Luftröhre ward an ihrem oberen Theile geöffnet. Ich kauterisirte mit der angegebenen Auflö-

sung die Seite des Larynx, so wie den Pharynx, und führte Trousseau's Kanüle in die Wunde ein. Dieser letztere Theil der Operation machte die meiste Schwierigkeit.

Unmittelbar nach der Operation schien das Kind besser zu athmen, und bis 10 Uhr Morgens konnten wir auf Besserung hoffen; einige Pseudomembranen wurden ausgeworfen, und unter diesen eine, die ganz die Form der Uvula hatte, die sie wie eine Scheide umgab. Die Kanüle fiel fast jeden Augenblick heraus, und ich hatte viel Mühe, sie in der Wunde zu halten.

Indess nahm das Fieber immer mehr zu, obwohl die Aufregung geringer war; der Puls war frequent, die Haut trocken. Gegen 10 Uhr stellten sich flüssige grünliche Stühle ein, die oft wiederkehrten; die Gesichtszüge veränderten sich, die Angst begann von Neuem; 24 Stunden nach der Operation erfolgte der Tod.

Bei der Sektion zeigte sich eine Pseudomembran, die den Pharynx, die Uvula, die Epiglottis, die Stimmritze, den ganzen Larynx auskleidete und sehr fest sass. Die darunter liegenden Theile waren roth, besonders die Epiglottis.

Die Luftröhre, so wie die Bronchialzweige bis in ihre kleinsten Verästelungen, waren von violetter Röthe, doch fanden sich keine Pseudomembranen.

Die Lungen hatten im Allgemeinen ihre normale Färbung und Konsistenz, doch sah man hier und da in den unteren Lappen von einander getrennte Flecke, wo das Gewebe dunkler und fester, nicht mit Luft angefüllt, indessen nicht im Zustande der Hepatisation war. Die Cervikaldrüsen waren angeschwollen und geröthet.

Den Symptomen und anatomischen Charakteren nach war der Krup nicht zu verkennen. Sein Verlauf war zwar sehr rapide gewesen, kaum drei Tage. Den Schriftstellern zufolge dauert der Krup in Europa vom dritten bis neunten oder zwölften Tage. Hier ging es schneller, jedoch war das Kind sehr jung und hatte eine wichtige Operation durchmachen müssen.

Der Erfolg nach dergleichen Operationen ist selten ein glücklicher. Unter 140 von verschiedenen Aerzten Operirten, die von Velpeau in einer Sitzung der Akademie der Medizin zusammengestellt wurden, erfolgte bei 28 Heilung, bei 112 der Tod.

Endlich ist der Krup keine lokale Krankheit. Obschon die Operation das Athmen erleichterte, so beseitigte sie doch nicht dieses heftige Fieber, welches vor derselben vorhanden war und nachher fortdauerte.

Nicht in Folge der Respirationsbeschwerden unterlag das Kind, sondern vielmehr der Fortdauer des Fiebers und der allgemeinen Störung, deren Symptom die in den letzten Augenblicken hinzugetretene kopiöse Diarrhoe war. Nach Gendron soll die Bildung der Pseudomembran im Krup dem Exanthem auf der Schleimhaut des Darmkanals in der Dothinenteritis entsprechen.

Kommen wir auf die Umstände, unter denen sich dieser Krup entwickelte, zurück, so sehen wir, dass vor diesem Kinde vier Personen in demselben Hause von Halsschmerzen befallen waren; dieses Leiden bot nicht das Hauptmerkmal des Krups, die Pseudomembran dar, schien aber doch nicht einfacher Natur zu sein. War es vielleicht der Krup im geringeren Grade? Ich glaube, es war das, was die Cholerine im Vergleich zur Cholera ist.

Trotz dieses Ereignisses, dass fünf Personen von derselben Krankheit ergriffen wurden, möchte ich nicht annehmen, dass eine Ansteckung stattgefunden hat. Ich bin sicher, dass um dieselbe Zeit kein anderer Fall von Krup in der Stadt vorhanden war, und die Krankheit sich nicht über dieses Haus hinaus verbreitete, obgleich keine Maassregeln zur Verhinderung der Ausbreitung ergriffen wurden.

Seit dem vergangenen Jahre aber war, wie ich später anführen werde, das Prinzip des Krups in der Krankheitskonstitution vorhanden; denn während meiner sechsjährigen Praxis beobachtete ich nur seitdem hintereinander mehrere Fälle.

Zweite Beobachtung. Der 6jährige Julius erkrankte mit dem Mädchen zu gleicher Zeit. Er hatte heftiges Fieber, beide Tonsillen waren geröthet und angeschwollen; auf ihnen bemerkte man weissliche Punkte, die mehr dem gewöhnlich aus diesen Drüsen abgesonderten Sekrete als zufälligen Pseudomembranen glichen. Zugleich fand ein bedeutender Ausfluss aus der Nase statt, die Stimme war rauh; Husten war nicht vorhanden.

Am 18ten und 19ten Morgens zwei Brechmittel, Abends Purganzen mit Kalomel. — Am 21sten kauterisirte ich die Rachenhöhle mit gr. xxxv *Argent. nitricum* auf ℥β Wasser, innerlich wurde eine Mixtur mit gr. L *Antimon. oxydat. album* gegeben. Vesikatorium im Nacken; die Dosis des weissen Antimonoxyds wird alle 4 Stunden um gr. xx vermehrt. Ich berechnete, dass das Kind 180 Gran genommen hatte. Dies Mittel brachte keine merkliche Wirkung hervor.

Am 24sten fand eine ziemlich bedeutende Salivation, und einmal *Erbrechen* statt.

Trotz dieser kräftigen und verschiedenartigen Behandlung hatte sich der Zustand des Kindes bis zum 27sten nicht gebessert. Bedeutende Niedergeschlagenheit, rauher Husten, vollständig erloschene Stimme; die Respiration nicht so erschwert, wie man den anderen Symptomen zufolge hätte schliessen sollen. Puls von 114 Schlägen, bedeutende Hitze der Haut mit kopiösen Schweissen.

Im Laufe des Tages steigern sich noch die Symptome, Suffokation drohte einzutreten. Ich verordnete *Cuprum sulphuric.* gr. iij, welches dreimal Erbrechen hervorrief. Alle vier Stunden gab ich nun ein halbes Gran *Cupr. sulphuric.*, und jedesmal stellte sich zwei- oder dreimal Erbrechen ein.

Am 28sten Abends hatte das Kind 6 Gran genommen; dem Erbrechen folgte jedesmal eine bedeutende Schwäche; der Husten war nicht mehr so rauh, die Respiration ging leichter von Statten. Von dieser Zeit an besserte sich das Kind immer mehr, aber langsam. Es ward heiter, nahm einige Nahrung zu sich; die Deglutition ging gut von Statten, und alle anderen Funktionen schienen normal zu sein. Die bedeutende Salivation dauerte fort.

Am 4. April schickte ich ihn aufs Land, um seine Konvaleszenz zu beschleunigen; hier ging es ihm auch besser bis zum 8ten, wo sein Schlaf unruhig wurde, sich mehrere Male ohne Ursache Erbrechen einstellte, dem etwas Husten vorherging; Husten und Erbrechen erfolgten immer beim Herunterschlucken von Flüssigkeiten.

Am 24sten sah ich ihn wieder; er war sehr blass, abgezehrt. Er klagt nicht über Halsschmerzen; die Rachenhöhle ist nicht geröthet, die Mandeln sind etwas angeschwollen, der Larynx zeigt sich beim Druck nicht schmerzhaft; trinkt das Kind aber, besonders viel auf einmal, so tritt sogleich nach dem Schlucken ein unerträglicher Husten ein, dem Erbrechen folgt. Feste Speisen schluckt es hingegen ohne Beschwerde.

Hierzu gesellt sich bald ein schlummersüchtiger, mit Aufregung verbundener Zustand; die Respiration ist beschleunigt, 21 Athemzüge in der Minute; Puls von 136 Schlägen. Es wird ein Vesikatorium in den Nacken gelegt und zwei auf die Waden.

Die Schlummersucht nimmt in den folgenden Tagen zu. Indessen ist es nicht die für die Gehirnaffektionen charakteristische; das Kind nimmt jede Lage an, legt sich vorzugsweise auf den Bauch, bekümmert sich um nichts, was um es herum vorgeht; indessen stöhnt es viel, als wenn es Schmerzen hätte. — Am 27sten treten, in Folge

von Kolikanfällen, blutige und schleimige Stühle ein, die auch den 28sten fortdauern.

Ich bin genöthigt, diese lange Beobachtung, deren Symptome so mannigfaltig und zahlreich waren, abzukürzen, um den Leser nicht in eine Masse von Einzelnheiten zu verwickeln, aus denen er sich schwer würde herausfinden können; hier also nur der Zustand in den beiden letzten Tagen: Der Schlaf in der Nacht immer ziemlich ruhig; bei Tage häufige Anfälle von Ohnmacht; bedeutende Abmagerung und Blässe des Gesichts; Augen starr, weit geöffnet; wiederholtes Gähnen; üble Laune; Haut nicht heiss, nie schwitzend; der Puls machte bisweilen 108 bis 112 Schläge, öfters von 128 bis 136, ist klein, schwach; das Schlucken von Flüssigkeiten immer erschwert, dieselben fliessen bisweilen in die Nasenhöhlen zurück. Seit zwei Tagen klagt das Kind über Halsschmerzen, wiewohl man keine Veränderung wahrnimmt. Der Husten ist feuchter, zuweilen hört man im Augenblick des Herunterschluckens von Flüssigkeiten eine Art von Gurgeln; Konvulsionen hatten nie stattgefunden, und bis zum letzten Augenblicke war das Kind bei vollkommenem Bewusstsein.

Seit zwei Tagen hatte sich ein neues Symptom hinzugesellt, nämlich suffokatorische Anfälle, in denen die Blässe des Gesichts zunimmt, das Kind den Mund öffnet, ohne einen Laut von sich geben zu können, die Hand an den Hals führt, diesen als Sitz des Leidens bezeichnet, aber nichts auswerfen kann. Man hätte das Auftreten eines neuen Krups vermuthen sollen. Diesen Anfällen folgt Ohnmacht, die Respiration ist ruhiger, aber fast ganz abdominell. Die Erstickungszufälle nähern sich einander immer mehr, und am 26sten stirbt das Kind in einem derselben.

In der letzten Zeit hatte ich die China und das *Chininum sulphuricum* in Einreibungen und Klystieren, und die *Asa foetida* bis zu 4 Unzen angewandt.

Bei der Sektion zeigte sich zu meinem grossen Erstaunen die Rachenhöhle in vollkommen normalem Zustande, die hintere Wand des Pharynx und die Tonsillen ganz gesund, ohne Röthe und Geschwulst; die Epiglottis und der Larynx ganz frei und sehr blass; die Luftröhre war violettroth injizirt, aber ihre Schleimhaut nicht erweicht; hier so wie im Larynx war eine grosse Menge schaumigen Schleimes vorhanden, aber keine Pseudomembranen.

Der Oesophagus normal, die Lungen gesund, nur mit einigen violetten Flecken in ihren unteren Lappen versehen, aber weder war He-

patisation noch Tuberkeln vorhanden. Das Gehirn und die anderen Organe wurden nicht untersucht.

Diese Beobachtung zerfällt in zwei ganz von einander unabhängige Epochen; in der ersten, vor der Konvaleszenz, hatten wir es unstreitig mit einem Krup zu thun, wiewohl die Pseudomembran nicht so ausgebreitet war, wie im ersten Falle; aber er war deutlich genug ausgesprochen, und die anderen Symptome, so wie die Umstände, unter denen sich die Krankheit entwickelt hatte, liessen keinen Zweifel über die Diagnose.

Ich stehe nicht an, dem *Cuprum sulphuricum* die Beseitigung der Zufälle zuzuschreiben. Zu der Zeit, wo es verordnet wurde, stand Erstickung bevor, und mit seiner Anwendung besserte sich das Kind.

Die Konvaleszenz ging langsam und mit Mühe vor sich; nach dem 18. April stellte sich eine neue Reihe von höchst merkwürdigen Erscheinungen ein: heftiges Fieber, Schlummersucht, Aufregung, eine eigenthümliche Beschwerde beim Herunterschlucken von Flüssigkeiten. Beim ersten Anblick glaubte ich, es würde sich eine *Meningitis tuberculosa* ausbilden. Wiewohl aber die Gehirnaffektionen kein pathognomonisches Zeichen haben, und viele Krankheiten im kindlichen Alter im Beginn mit ihnen verwechselt werden können, so bietet doch die Meningitis nach zwei- oder dreitägiger Dauer bei Kindern eine Reihe von Symptomen dar, die keine Täuschung zuzulassen im Stande sind, besonders muss die lange Dauer der Krankheit im gegenwärtigen Falle jeden Zweifel heben, und da zu keiner Zeit weder Kontraktion noch Konvulsionen vorhanden waren, und das Bewusstsein bis zum letzten Augenblick erhalten war, so müssen wir uns von jedem Gedanken an eine organische Affektion des Gehirns oder seiner Häute fern halten.

Jene Beschwerde, flüssige Substanzen zu schlucken, so wie die Suffokation in den letzten Tagen, die hervorstechendsten Symptome, dauerten fort, obgleich die oft untersuchte Rachenhöhle nichts Besonderes darbot. Zur Erklärung dieser beiden Symptome rechnete ich auf eine tiefe Alteration des Larynx und der Epiglottis; aber wie gross war mein Erstaunen, diese Theile in ganz normalem Zustande anzutreffen.

Ich wusste nicht, worauf ich mich zur Erklärung so eigenthümlicher Erscheinungen stützen sollte, und ging sogar so weit, irgend eine nachtheilige Einwirkung des *Cuprum sulphuricum* auf das Nervensystem zu vermuthen. Ich hatte diese Beobachtung bei Seite gelegt,

und mein Geist war in Zweifel geblieben, als ich in dem *Bulletin de l'Académie* (Jahrgang 1840) einen von Robert und Gaultier de Claubry berichteten Fall las, der mit dem meinigen die grösste Aehnlichkeit zeigte.

„In einem Falle von Krup, wo die Tracheotomie mit Erfolg gegen den 12ten Tag ausgeführt worden war, stellte sich, als die Eiterung in gutem Gange war, und wichtige Zufälle nicht vorhanden waren, eine höchst merkwürdige Störung in der Deglutition ein: jedesmal, wenn das Kind trank, gelangte ein Theil der Flüssigkeit in die Stimmritze; Hustenanfälle gaben sogleich von dem Eindringen in die Luftwege Kunde, und die Flüssigkeit wurde durch die Wunde in der Trachea wieder ausgeworfen. Diese Erscheinung verlor sich nach einigen Tagen von selbst; ich muss jedoch anführen, dass in einem ähnlichen Falle bei einem Mädchen von 7 Jahren, die ich im vergangenen Jahre operirte, und die am 22sten Tage starb, dieselbe viel heftiger gewesen ist; gegen den 17ten Tag flossen die Getränke in so grosser Menge durch die Glottis, dass das Kind unfehlbar erstickt wäre, wenn ich nicht in den oberen Theil des Oesophagus, durch die *Nasenhöhlen* hindurch, eine Sonde eingeführt und sie mehrere Tage *dort liegen* gelassen hätte, um den Durst stillen und einige flüssige Nahrungsmittel einbringen zu können. Ein solcher Zufall wäre nach der Laryngotomie leicht zu begreifen gewesen, wo die Wunde die Glottis mit in ihr Bereich zieht; wie aber soll man ihn erklären, wo die Luftröhre allein eingeschnitten ist? man muss annehmen, dass die diphtheritische Entzündung des Larynx in den Lippen der Glottis eine Schwäche zurücklässt, die sie verhindert, sich während der Deglutition gehörig zusammen zu ziehen; übrigens enthalte ich mich jeder Erklärung dieser Thatsache, und beschränke mich sie aufzuführen, denn bis jetzt ist sie noch nicht beobachtet worden."

Dieses die von Robert und Gaultier de Claubry angeführte Stelle, welche zu dieser Abhandlung über den Krup Veranlassung gegeben hat; ich dachte, meine Beobachtung würde die ihrige aufklären, indem ich zeigte, dass die Tracheotomie nicht mit der beobachteten Erscheinung in Verbindung steht, und die zweite von ihnen gegebene Erklärung, die die Wirkungen der diphtheritischen Entzündung der Stimmritze betrifft, annehmbarer ist.

Ausser diesen beiden Beobachtungen habe ich noch fünf andere, zu zwei verschiedenen Epochen, gemacht. Zu der ersteren, die vom Mai 1836 bis März 1837 geht, gehören 6 Fälle; um dieselbe Zeit

hörte ich von fünf oder sechs anderen Fällen von tödtlich abgelaufenen Halsleiden sprechen, die höchst wahrscheinlich der Krup waren.

Hierauf verfloss ein langer Zeitraum, während dessen ich weder einen Krankheitsfall sah, noch davon hörte, der den Gedanken an Krup hätte können aufkommen lassen.

Erst im August 1842 begegnete mir ein Fall, den ich für einen sporadischen halte, während in der ersten Epoche ein wahrhaft epidemischer Einfluss stattfand.

Grosse Feuchtigkeit war als meteorologische Beschaffenheit, wo die Krankheit herrschte, bemerkenswerth.

In Betreff des Alters waren unter den Befallenen 2 Kinder von 3 Jahren, eins von 5 Jahren, eins von 6 Jahren, zwei von 7 Jahren, eins von 13 Jahren. Mit Ausnahme eines Kindes, welches eine gute Konstitution hatte, waren die anderen schwächlich, und trugen Alle Zeichen der skrophulösen Diathesis an sich. Alle befanden sich wohl, als sie von der Krankheit ergriffen wurden. Dieselbe trat sowohl in der warmen wie in der kühlen Jahreszeit auf.

In allen Fällen ging eine einfache, aber ziemlich heftige Angina vorher; in drei Fällen dauerte dieselbe drei oder vier Tage mit Bildung von Pseudomembranen. Immer stellte sich 24 oder 48 Stunden vorher ein sehr heftiges Fieber ein, das gar nicht mit der Entzündung der Rachenhöhle im Verhältniss stand; dieses Fieber dauerte während der ganzen Krankheit an. Nur einmal habe ich Nasenbluten beobachtet; dreimal fand Koryza mit sehr flüssigem Ausfluss statt.

Die Pseudomembran schien sich, der Entwickelung der Symptome zufolge, von oben nach unten zu bilden, d. h. sie begann an den Tonsillen und an der hinteren Wand des Pharynx, ehe sie sich auf den Larynx verbreitete. In sechs Fällen war eine schmerzhafte und ziemlich bedeutende Anschwellung der Submaxillardrüsen vorhanden.

In drei Fällen wurde die Sektion gemacht; zweimal dehnte sich die Pseudomembran bis zum Ursprung der Luftröhre aus, einmal bis auf die letzten Bronchialverzweigungen.

Ueber Anämie und Chlorose bei Kindern, von A. Becquerel in Paris.

Was heisst Chlorose? Diese Frage müssen wir zunächst beantworten, ehe wir uns mit der Entwickelung dieser Krankheit bei Kindern beschäftigen können; auch ist sie von der grössten Wichtigkeit, denn die Aerzte sind noch weit entfernt, über diesen Punkt einig zu sein, und viele derselben werfen Anämie und Chlorose zusammen, Krankheiten, die allerdings zahlreiche Erscheinungen mit einander gemein haben. Die Chlorose ist eine Krankheit, die dem weiblichen Geschlecht exklusiv zukommt, vorzugsweise charakterisirt durch eine Verminderung der Anzahl von Kügelchen, die im normalen Zustande im Blute vorhanden sind, so wie durch allgemeine Störungen, die von einer eigenthümlichen Hautfarbe, welche der Krankheit ihren Namen gegeben hat, begleitet werden. Diese Affektion entwickelt sich unter dem Einflusse ziemlich zahlreicher und verschiedener Ursachen, die wir nicht auseinanderzusetzen brauchen, die aber nicht in profusen Verlusten von Blut oder anderen Säften bestehen.

Was heisst nun Anämie? Diese ist ein allgemeiner symptomatischer Zustand von Verminderung der Blutkügelchen, und dieser allgemeine Zustand, oder die Symptome, durch welche er sich kund giebt, stimmen fast in allen Punkten mit den charakteristischen Erscheinungen der Chlorose überein. Der Grundunterschied dieser beiden Zustände liegt in den Ursachen der Anämie, die immer in ausserordentlich schwächenden Einflüssen, wie Entleerungen von Blut oder anderen Flüssigkeiten, in vorausgegangenen schweren Krankheiten, welche den Organismus erschöpft haben u. s. w., wurzeln. Wir haben also hier zwei Zustände, der eine ist Krankheit, der andere Symptom; beide nähern sich aber einander in vielen Beziehungen und können nur durch die ursächlichen Momente genau von einander unterschieden werden.

Nach der richtigen Auffassung dieser allgemeinen Bemerkungen können wir versuchen, dieselben auf die Anämie und Chlorose im kindlichen Alter anzuwenden; es ist dies ein wichtiger Gegenstand, denn viele Aerzte leugnen die Möglichkeit einer Entwickelung der Chlorose (ich werde später die Gründe angeben), und setzen die meisten Fälle dieser Krankheit, die bei Kindern beobachtet worden sind, auf Rechnung der Anämie.

Die Anämie ist ein symptomatischer Zustand, der bei Kindern *sehr häufig* vorkommt; seine Hauptcharaktere sind folgende: Das Kind

magert ab, sieht bleich aus, und die Haut hat mitunter eine wachsartige Farbe und ist gleichsam halb durchscheinend; die Kräfte sind merklich vermindert, das Antlitz hat ein krankhaftes Ansehen; das Kind ermüdet leicht, kann nicht gut laufen, noch Treppen steigen; sein Appetit ist bizarr, seine Verdauung oft gestört, und es findet eine Neigung zu Diarrhöen statt, welche die Tonika nicht immer besiegen können. Will das Kind einen etwas weiten Weg machen, oder gar laufen, so stellt sich Dyspnoe ein, verbunden mit Palpitationen des Herzens. Die Untersuchung des zirkulatorischen Apparats ergiebt häufig ein Blasebalggeräusch im Herzen und in den Karotiden; dies letztere zeigt sich häufiger, und ist in der Regel mehr intermittirend als anhaltend; das Gegentheil davon beobachtet man bei Erwachsenen.

Das Blut der jungen Kinder ist gleichsam verarmt, und diese Verarmung besteht in einer merklichen Verminderung der Blutkügelchen, ziemlich oft auch in einer leichten Verminderung des Albumens. Ich habe mehrere Analysen des Blutes von an diesem Zustande leidenden Kindern vorgenommen, und sie haben mir ergeben, dass die Resultate der von Andral und Gavarret angestellten, mit einigen Modifikationen, auch bei Kindern ihre Gültigkeit haben.

Was die Disposition anämischer Kinder betrifft, in andere Krankheiten, die meistens für sie verderblich sind, zu verfallen, so kann man dafür die folgenden Hauptregeln aufstellen: Sie sind allen Arten von Krankheiten ungleich mehr ausgesetzt, als andere Kinder. Die ansteckenden Krankheiten geben bei ihnen eine schlechtere Prognose. Entzündungen, besonders die der Respirationsorgane, sind häufig. Dasselbe gilt von den Entzündungen des Dickdarms und der einfachen Enterokolitis; nicht selten beobachtet man bei ihnen chronische Hautentzündungen. Die Haut ulzerirt bei ihnen leichter, als bei anderen Kindern, und öfters beobachtet man Brand der äusseren Bedeckungen oder des Mundes. Hämorrhagieen sind sehr selten, dagegen kommen andere Ausflüsse und Hydropsieen bei anämischen Kindern häufig vor. Am häufigsten sind es Durchfälle, bei manchen jungen Mädchen auch Leukorrhöen. Solche Kinder sind einer eigenthümlichen Art von Wassersucht unterworfen, die ich zuerst in den *Bulletins de la Société anatomique* beschrieben habe, und der man den Namen Wassersucht durch Anämie beilegen kann.

Die Tuberkulosis entwickelt sich leichter bei anämischen Kindern, vorzugsweise bei denen, welche durch frühere Verhältnisse dazu *disponirt sind.*

Dies sind die allgemeinsten Züge der Anämie bei Kindern; sehen wir nun, unter welchen Umständen sie sich entwickeln kann. Sie sind sehr zahlreich, doch kann man sie in folgender Art zusammenfassen:

Jede Ursache der Erschöpfung bei Kindern kann Anämie veranlassen. So wirken oft eine unzureichende oder zur Wiederherstellung der Kräfte ungenügende Nahrung, Mangel des Lichtes, Wohnung an dunklen, ungesunden, feuchten Orten, zu grosse körperliche Anstrengungen, zu weit getriebene geistige Arbeiten, die zu den Kräften und dem Alter des Kindes nicht im Verhältniss stehen, die Masturbation, ein zu kurzer Schlaf. In diesen Fällen sieht man nicht selten die Anämie zugleich mit der Tuberkulosis und Skrophulosis sich entwikkeln und gleichen Schritt halten.

Treten wir jetzt in das Gebiet der Pathologie ein, so sehen wir, dass zahlreiche Ursachen die Anämie bedingen können. Man beobachtet sie in der Konvaleszenz typhöser Fieber, zuweilen in derjenigen, welche auf schwere und langwierige exanthematische Fieber folgt. Die erste und mächtigste Ursache der Anämie liegt in den allgemeinen oder lokalen Blutentziehungen, welche das Resultat einer zu eingreifenden, oder einer dem Alter und den Kräften der Kinder nicht entsprechenden Behandlung ist. Jeder profuse Säfteverlust, mag er sein welcher Art er wolle, muss als Ursache der Anämie betrachtet werden. Dahin gehören zu reichliche Urinabsonderung, kopiöse Schweisse, Diarrhöen, bei denen sehr viel Stoffe ausgeleert werden, eine nur einigermaassen reichliche Eiterung. Jedesmal, wenn eine Krankheit von gewisser Ausdehnung und einiger Heftigkeit im Organismus gewüthet hat, kann man die Kinder während der Rekonvaleszenzperiode anämisch werden sehen.

Die Anämie begleitet zuweilen die Skrophulosis, die Rhachitis. Auch giebt es noch eine Krankheit, welche bei ihrem ersten Auftreten, ehe noch ein anderes Symptom sich kund giebt, sehr häufig durch einen deutlich ausgesprochenen anämischen Zustand angekündigt wird: ich meine die tuberkulöse Affektion in ihrem ersten Stadium, man könnte sagen, in ihren Prodromen. Es hat noch keine Lokalisirung des Krankheitprozesses stattgefunden, aber der allgemein verdorbene Gesundheitszustand deutet an, dass die Sekretion des Tuberkelstoffes vor sich gehe. Diese Anämie in der ersten Periode tuberkulöser Krankheiten ist es, welche vorzugsweise mit der Chlorosis bei Kindern verwechselt worden ist, und ihr gehören eine Menge von Beobachtungen an, die man als Chlorose der Kinder irrig beschrieben hat. Indess muss

man eingestehen, dass die Diagnose derselben nicht leicht ist, und nur mit der grössten Umsicht gestellt werden darf.

Dies sind die allgemeinsten Ursachen der Anämie, und der kurze Abriss, den ich von denselben entworfen habe, vereint mit dem von ihren Hauptcharakteren, wird dazu beitragen, die Möglichkeit einer Diagnose und die Wichtigkeit derselben kennen zu lehren.

Um diese festzustellen, wird man auf folgende Punkte Rücksicht nehmen müssen:

1) auf die Ursachen der Anämie, die man meistentheils noch auffinden kann, und welche uns den Ausgangspunkt und das Verhältniss enthüllen, das zwischen ihnen und dem Erscheinen des anämischen Zustandes stattfindet;
2) auf die gleichmässige Entwickelung der Anämie in beiden Geschlechtern;
3) auf die ziemlich deutlichen Unterschiede, die zwischen einigen ihrer Symptome und denen der Chlorose stattfinden, Unterschiede, auf welche ich später zurückkommen werde;
4) in einem Falle von Anämie als Begleiterin des Anfangstadiums der Tuberkulosis, auf den Zustand der Brustorgane.

Was die Behandlung der Anämie betrifft, so werde ich darauf zurückkommen, wenn ich von der Chlorose gesprochen habe; ich begnüge mich hier damit, zu bemerken, dass es mehr auf eine richtige Anwendung hygieinischer Mittel und leichter Tonika, als auf den Gebrauch der Eisenpräparate und energischen Tonika ankommt. Gehen wir jetzt zum Studium der eigentlichen Chlorose im kindlichen Alter über. Wir haben nicht nöthig, historische Andeutungen über die diesen Gegenstand betreffenden Arbeiten mitzutheilen, denn es existiren keine. Ja, in dem neuesten Buche über Kinderkrankheiten (von Rilliet und Barthez) findet man nicht einmal das Wort Chlorose erwähnt. Dies rührt daher, dass dies Werk, bei einer Fülle von genauen und ausführlichen Beschreibungen, sich doch nur auf die Beobachtungen der Verfasser beschränkt, und weit eher den Titel: „*Traité des maladies de l'hôpital des Enfans*" verdient hätte, als seinen jetzigen: „*Traité des maladies des Enfans*". Die Beobachtung der Kinderkrankheiten in der Privatpraxis ist eine ganz andere, als die im Hospitale, in welchem die Verfasser fast ausschliesslich ihre Erfahrungen gesammelt haben. — Doch lassen wir diese Kritik, die leicht noch weiter verfolgt werden könnte, hier aber nicht an ihrer Stelle ist; und weil die Verfasser sich mit der Chlorose bei Kindern nicht beschäftigt haben,

sei es unsere Aufgabe, das Bild derselben nach unsern Erfahrungen zu entwerfen.

Dem Arzt, der in den ärmeren Klassen oder gar im *Hôpital des Enfans malades* in Paris seine Beobachtungen anstellt, kann die Frage, ob überhaupt Chlorose bei Kindern sich entwickeln könne, mindestens sehr zweifelhaft erscheinen. Wenn ich alle Fälle, die sich während meiner dreijährigen Wirksamkeit im *Hôpital des Enfans* meiner Beobachtung darboten, überdenke, so kann ich mich doch nur eines einzigen recht ausgesprochenen Falles von einem jungen 7jährigen Mädchen erinnern; dagegen beobachtete ich eine grosse Anzahl von anämischen Zuständen bei Kindern beiderlei Geschlechts, als Elemente oder Konsekutiverscheinungen verschiedener Krankheiten. In der Privatpraxis, und namentlich in den höheren Ständen der Gesellschaft, trifft es sich aber nicht selten, die Chlorose und zwar mit allen ihren Charakteren beobachten zu können.

Während eines Jahres hatte ich Gelegenheit diese Krankheit 5mal zu beobachten; zwei dieser Fälle sah ich nur flüchtig, sie betrafen Kinder von resp. 8 und 7 Jahren; in den drei anderen Fällen aber konnte ich die Krankheit von Anfang an bis zu Ende beobachten; der Ausgang war glücklich.

Ich werde die Geschichte dieser 5 Fälle, namentlich der 3 letzteren, kurz mittheilen; die Charaktere der Krankheit waren bei allen fünf Kindern so ziemlich dieselben. Alle Fälle kamen übrigens bei jungen Mädchen vor; nie habe ich die Krankheit bei Knaben beobachtet, womit auch die an Erwachsenen gemachten Erfahrungen übereinstimmen.

Die drei Kinder, von denen ich sprechen will, gehörten der höchsten Klasse der Gesellschaft an; sie waren im glänzendsten Wohlstande geboren, und nichts war versäumt worden, um sie so gesund wie möglich zu erziehen. Die beiden Schwestern, welche den Gegenstand der beiden früheren Beobachtungen bilden, boten mir eine sonderbare Erscheinung dar. Während der ersten vier Monate des Jahres 1842 entwickelten sich zum erstenmal die chlorotischen Symptome; sie wurden durch verschiedene Mittel, von denen später die Rede sein soll, bekämpft, und endlich durch Seebäder gänzlich beseitigt. Im Dezember 1843 kamen die Kinder wieder nach Paris, und während dieses zweiten Winters erschienen die chlorotischen Symptome von Neuem, wenn auch in weit schwächerem Grade, und wurden auch mit leichter Mühe beseitigt. Jetzt, nach einem abermaligen Gebrauch

der Seebäder, sind sie ganz verschwunden. Werden sie wiederkehren?

Was diese beiden jungen Mädchen betrifft, so ist mir die Ursache der Chlorose unbekannt geblieben; sie waren zwar von einer sehr nervösen Mutter geboren, und boten auch die Charaktere dieses Temperaments dar, hatten aber zugleich die starke Konstitution ihres Vaters. Ihre Körperfülle war mässig, Haare und Augen schwarz, der Teint brünett; von Jugend auf hatten sie viel körperliche Bewegung gehabt, waren nie fortwährend der Stubenluft ausgesetzt gewesen; kurz, die Ursache der Chlorose war für mich unergründlich.

Das dritte chlorotische Kind (11½ Jahr alt) bot uns folgende anamnestische Data dar: sie glich sowohl in Hinsicht ihrer Konstitution als ihres Charakters vollkommen ihrer zarten, nervösen Mutter. Man beschäftigte sich zu viel mit der moralischen Erziehung dieses Kindes, man liess sie mehr als es sich gebührte, arbeiten, und vernachlässigte dafür die körperliche Erziehung. Dies scheint mir die Ursache der Chlorose gewesen zu sein.

Die Anamnese der beiden anderen Fälle ist mir nicht bekannt; ich habe dieselben, wie ich bereits erwähnte, nur zufällig beobachtet. Jetzt werde ich zeigen, wie ähnlich die Phänomene der Chlorose in diesen fünf Fällen einander waren. Die Haut war bleich, die Wangen farblos, die Intelligenz sehr entwickelt, namentlich in den ersten drei Fällen.

Die beiden Schwestern zeigten grosse Spiellust, wurden aber ausserordentlich leicht müde. Das dritte Mädchen (11½ Jahr alt) konnte weder laufen, noch Treppen steigen, ohne Ermattung und Abgeschlagenheit in den Gliedern zu fühlen. Alle diese Kinder litten an ausgesprochener Migräne, die zu verschiedenen Zeiten, bald alle 8, bald alle 14 Tage, mitunter noch seltener wiederkehrte. Der Kopfschmerz war oft so heftig, dass er Erbrechen und fieberhafte Bewegungen hervorrief, mithin die Kinder nöthigte, das Bett zu hüten.

Die nur einigermaassen starke Einwirkung der Sonne oder der Kälte veranlasste oft die Rückkehr dieser Anfälle, zu denen sich nicht selten Schwindel gesellte. Der Appetit war bei allen diesen Kindern mässig; gewöhnlich waren sie obstruirt, klagten dabei alle sehr häufig über Magenschmerzen, die ganz den Charakter der chlorotischen Gastralgieen an sich trugen. Erbrechen fand indess nur statt, wenn die heftigen Kopfschmerzen auftraten. Zuweilen klagten die Kinder über schlechten Geschmack im Munde; ein etwas weiter Weg, schnelles

Gehen oder Treppensteigen, überhaupt alle Anstrengungen bewirkten bei diesen Kindern Dyspnoe und Palpitationen des Herzens. Der Puls war regelmässig, im Allgemeinen ziemlich frequent und von mässiger Stärke. Der Herzimpuls war etwas verstärkt; die Töne waren rein, klar, ohne irgend ein anomales Geräusch. In allen 5 Fällen hörte man in beiden Karotiden ein sehr starkes anhaltendes Blasebalggeräusch. Bei vier dieser Kinder war das Geräusch auf der rechten Seite stärker und charakteristischer, während es im fünften Falle auf der linken Seite eine grössere Intensität darbot. Niemals sah ich Oedem der unteren Extremitäten, und auch die Brust bot keine abnormen Erscheinungen dar.

Bei den drei jungen Mädchen, von denen hier vorzugsweise die Rede ist, beobachtete ich zu wiederholten Malen einen leukorrhoischen Ausfluss, der zwar nicht bedeutend, aber doch deutlich ausgesprochen, und von einem juckenden Gefühle, zuweilen auch von Erythem an der inneren Fläche der Schenkel begleitet war.

Dies waren die Hauptcharaktere der Chlorose, wie ich sie bei meinen Kranken wahrnahm. Sind sie nicht in diesen Fällen *deutlich* genug, und kann man noch die Existenz einer chlorotischen Affektion leugnen? Ich glaube nicht.

In der Geschichte dieser Kinder liess sich keine Ursache der Erschöpfung auffinden; man ist mithin auch nicht berechtigt, hier einen anämischen Zustand anzunehmen. Man vergönne mir jetzt, die in diesen 5 Fällen, namentlich aber in den drei ersteren, welche ich von Anfang an behandelte, angewandte Kurmethode auseinanderzusetzen. Ich habe dieselbe im Verein mit meinem Schwiegervater, dem Professor Cruveilhier, angeordnet, und wünschte sie in allen ähnlichen Fällen angewandt zu sehen.

Man muss sich hüten, die Geisteskräfte solcher Kinder zu ermüden, sie zu viel arbeiten zu lassen; man begünstige im Gegentheil eine mässige Körperbewegung, vermeide aber zu weite Promenaden, zu schnelles Laufen, wodurch leicht Herzklopfen entsteht, welches oft mehrere Tage andauert. Der ältesten unserer Kranken empfahl ich das Reiten in mässigem Grade, wobei sie sich ganz wohl befand; eben so gut war der Erfolg des Turnens, welches ich in drei anderen Fällen anrieth; aber, ich muss es wiederholen, Turnen, Reiten u. s. w. muss immer nur mässig und behutsam vorgenommen werden.

Der Gebrauch der Eisenpräparate ist zu empfehlen, aber man kann *nicht dringend* genug vor der Anwendung zu grosser Dosen warnen.

Solchen Kindern bekommt die eisenhaltige Chokolade vortrefflich, von der man anfangs eine halbe, dann ¾, endlich eine ganze Tafel täglich brauchen lässt, was man eine geraume Zeit lang fortsetzt. Zieht man Eisenpillen vor, so giebt man zuerst eine vor dem Frühstück, und eine vor dem Mittagessen. Nie würde ich die Anwendung stärkerer Dosen von Eisen bei solchen Kindern rathen, denn sie erzeugen oft ein Gefühl von Trockenheit des Schlundes, einen exzessiven Durst, Husten, und selbst Fieberbewegungen. Man kann gleichzeitig noch ein leichtes Eisenwasser, mit einer kleinen Quantität guten Bordeauxweins versetzt, trinken lassen.

Die folgende Formel hat uns in mehreren Fällen treffliche Dienste geleistet:

Man lasse 8 Grammes zerstossener Chinarinde 24 Stunden lang in 3 Gläsern kalten Wassers mazeriren, und giebt von diesem Aufguss dem Kinde anfangs einen Löffel, dann zwei; einen vor dem Frühstück, den anderen vor dem Mittagessen.

Die Diät muss stärkend sein, ohne aber zu sehr aufzuregen; man empfehle daher Bouillon, gebratenes Fleisch (Kalbfleisch, Hammelfleisch, Hühner, Tauben, Truthähne), Weissfische u. s. w. Man vermeide dagegen die zu gewürzten Fleischsorten, die gesalzenen Fische, so wie alle schweren Speisen, und solche, die viel Essig enthalten. Auch Kaffee, Thee und Liqueurs sind chlorotischen Kindern schädlich.

Sehr gut bekommen auch leicht verdauliche Gemüse, besonders wenn sie mit Fett zubereitet sind.

Im Sommer empfiehlt man kalte Flussbäder, und wenn es möglich ist, die ungleich wirksameren Seebäder. Ich kenne kein Mittel, welches auf anämische und chlorotische Kinder einen günstigeren Einfluss ausübt. Man muss jedoch stets ihre Wirkung genau kennen, um sie dem Alter und dem ganzen Zustande des Kindes anzupassen. Im Winter möchte ich einige Schwefelbäder, oder auch Salz- und Eisenbäder mit Zusatz von etwas Gallerte anrathen.

Dies ist die Behandlung, welche ich gegen die Chlorose und Anämie anzuwenden rathe, wobei man sich vor Allem hüten muss, die etwa stattfindenden Komplikationen der letzteren zu übersehen.

Ueber die Wirksamkeit des *Argentum nitricum crystallisatum* gegen Diarrhoe der Kinder, von Dr. Henoch, prakt. Arzte und Assistenzarzte an der Königl. Poliklinik der Universität zu Berlin.

Im ersten Bande dieser Zeitschrift, Heft 3. Seite 225, findet sich ein klinischer Vortrag von Trousseau, in welchem dieser Arzt auf die Gefahr aufmerksam macht, welche eine zu ängstliche Besorgniss, die Diarrhoe der Kinder zu supprimiren, mit sich führt, und deshalb eine eingreifendere Behandlung derselben dringend anempfiehlt. Zu diesem Zweck räth er die Anwendung des *Argentum nitricum crystallisatum*, sowohl innerlich, wie auch in Form der Klystiere, von welcher er immer eine allmälige, aber sichere Wirkung, niemals schlimme Folgen beobachtet haben will. Die Anwendung des Höllensteins gegen Durchfälle ist übrigens keineswegs neu; bereits amerikanische Aerzte haben dies Mittel gegen die profusen Diarrhöen im Typhus dringend empfohlen. Seit einiger Zeit wendet auch Romberg in seiner Klinik das salpetersaure Silber mit *entschiedenem* Erfolge an, und es sei mir deshalb vergönnt, einige, theils in der Poliklinik, theils ausserhalb derselben beobachtete Fälle dieser Art hier mitzutheilen. Um indess lästige Wiederholungen zu vermeiden, will ich die Formel, in welcher das Mittel gewöhnlich verordnet wurde, voranschicken:

℞ *Argent. nitric. crystall.* gr. β — j,
solve in
Aq. destill. s. q.,
Mucilag. rad. Salep. ℥iiβ,
Syrup. Diacodii ℥β.

MDS. 4mal täglich 1 Theelöffel bis 1 Kinderlöffel voll zu nehmen. Da die Mixtur bei der Einwirkung des Lichtes eine dunkle Farbe annimmt, so thut man wohl, die Eltern der Kinder auf diese Veränderung vorzubereiten, welche sonst leicht zur Annahme, dass die Arznei verdorben sei, geführt werden.

1ster Fall. Auguste Schüler, 7 Monate alt, leidet seit 4 Tagen an einer sehr heftigen Diarrhoe; der Bauch ist nicht aufgetrieben, unschmerzhaft, das Allgemeinbefinden des Kindes gut. Bereits nach *dem 5ten* Theelöffel der Mixtur liess der Durchfall nach, und verschwand, nachdem die erste Flasche verbraucht war, vollständig.

2ter Fall. Karl Rohbaldt, 4 Jahre alt, leidet seit 14 Tagen an starkem Durchfall, so dass täglich 6—7 sehr dünne und kopiöse Ausleerungen erfolgen. Der Leib ist aufgetrieben, die Magengegend etwas empfindlich. Nach einmaligem Gebrauch der Mixtur ist die Diarrhoe bis auf 2 Stuhlgänge täglich ermässigt.

3ter Fall. Therese Schmidt, 5 Jahre alt, leidet seit 3 Tagen an so starkem Durchfall, dass täglich 14 bis 15 dünne und reichliche Stuhlgänge erfolgen. Da das Kind weiter keine krankhaften Erscheinungen darbot, so wurde sogleich das *Argent. nitricum* verordnet, welches schon nach wenigen Tagen Genesung herbeiführte.

Diese Fälle zeigen die Wirksamkeit des salpetersauren Silbers in frischen Fällen von Diarrhoe; die folgenden sollen dazu dienen, die gute Wirkung des Mittels in chronischen Durchfällen, wo selbst der Verdacht einer *Tuberculosis intestinalis* gerechtfertigt erschien, in helles Licht zu setzen.

4ter Fall. Karl Biching, 1½ Jahr alt. Die Diarrhoe besteht schon 3 Monate, ohne dass das Kind abgemagert ist, oder andere krankhafte Erscheinungen darbietet. Verschiedene Mittel, *Acid. muriaticum, Rad. Ipecac., Cascarille,* sind bereits ohne Erfolg angewendet worden. Schon am zweiten Tage, nachdem das Kind den Gebrauch des Höllensteins begonnen hatte, trat ein Nachlass der Diarrhoe ein, die endlich völlig verschwand. Ein späteres Rezidiv wurde durch dasselbe Mittel beseitigt.

5ter Fall. Marie Biletzki, 9 Monate alt, schon seit einem Monat an Erbrechen und Durchfall leidend. Das Kalomel in kleinen Dosen (ein sonst sehr wirksames Mittel gegen das Erbrechen der Säuglinge) war erfolglos geblieben. Da der Bauch aufgetrieben, hart und empfindlich war, so wurden zuerst Blutegel auf denselben applizirt, und eine *Emulsio oleosa* verordnet. Das Erbrechen liess nun zwar nach, aber der Durchfall dauerte in derselben Weise fort, ohne dass Arzneimittel, selbst das Opium nicht ausgenommen, irgend eine Wirkung auf denselben ausübten. Erst der Anwendung des *Argent. nitricum* gelang es, die Diarrhoe zu sistiren.

6ter Fall. Wilhelm Peiser, 2 Jahre alt, am Keuchhusten, und seit 6 Wochen an starkem Durchfall leidend, der 10 bis 12mal täglich eintrat, wurde durch den Höllenstein vollständig hergestellt. Ich bemerke beiläufig, dass die Anwendung dieses Mittels auf die *Tussis convulsiva* nicht den geringsten Einfluss hatte.

7ter Fall. Rudolf Müller, ein 4jähriges Kind, hatte an einer heftigen *Febris gastrica remittens* gelitten, in deren Folge sich Empfindlichkeit des Bauches und ein starker Durchfall eingefunden hatte. Nach der erfolglosen Anwendung von Blutegeln ging ich zum *Argent. nitricum* über, welches schon am zweiten Tage den erwünschten Erfolg herbeiführte.

8ter Fall. Louis Fuchs, 9 Jahre alt, ein skrophulöses, schwächliches Kind, leidet schon seit einem halben Jahre an einem sehr heftigen Durchfall, der auch zur Nachtzeit eintritt, und mit Abmagerung, mangelhafter Digestion und starken nächtlichen Schweissen verbunden ist. Der Gebrauch des Höllensteins sistirte in diesem Falle nicht allein die Diarrhoe, sondern bewirkte auch eine Wiederkehr des Appetits und eine bessere Reproduktion.

9ter Fall. Eduard Brückner, 2¾ Jahre alt, ein skrophulöses Kind, bei welchem von Zeit zu Zeit eintretende Konvulsionen der linken Körperhälfte das Vorhandensein von Tuberkeln im Gehirn sehr wahrscheinlich machten, litt an einem äusserst hartnäckigen Durchfall, verbunden mit Abmagerung, Auftreibung und Empfindlichkeit des Unterleibs. Die Intensität der Diarrhoe, die fast alle 5 Minuten eintrat, und die Schwäche des Kindes machte die Anwendung stopfender Mittel dringend nothwendig; allein alle Mittel blieben erfolglos, bis das *Argent. nitricum* verordnet wurde, welches schon nach Verlauf weniger Tage den Durchfall beseitigte, ohne dass üble Folgen beobachtet wurden.

10ter Fall. Albert Resener, 3 Jahre alt, an *Tuberculosis mesenterii* leidend, war seit 14 Tagen von einer exzessiven Diarrhoe befallen, gegen welche die gewöhnlichen Mittel ganz wirkungslos blieben. Durch Anwendung des Höllensteins gelang es, in kurzer Zeit die Diarrhoe zu sistiren.

11ter Fall. Emilie Schulz, 3 Jahre alt, litt seit 3 Wochen am Durchfall, der das Kind nöthigte, fast alle 10 — 15 Minuten zu Stuhle zu gehen, und bedeutende Abmagerung herbeigeführt hatte. Ein dreimaliger Gebrauch der Mixtur reduzirte die Zahl täglicher Ausleerungen auf eine bis zwei.

12ter Fall. Karl Linstaedt, 2½ Jahr alt, ein schwächliches skrophulöses Kind, litt seit 6 Wochen an einer mit Abmagerung verbundenen, profusen Diarrhoe, welche allen angewandten Mitteln Trotz geboten hatte. Es wurde deshalb in der Poliklinik der Höllenstein verordnet, dessen Anwendung den glücklichsten Erfolg hatte. Vor-

einem Monate sah ich dies Kind so gesund und wohlgenährt wieder, dass ich es kaum wieder erkennen konnte.

Diese Fälle, deren Zahl ich noch vermehren könnte, mögen genügen, um die Aufmerksamkeit auf ein Mittel zu lenken, welches zu den wenigen gehört, auf welche sich der praktische Arzt mit Sicherheit verlassen kann. Wenn man bedenkt, wie verderblich die langwierigen Durchfälle auf die Gesundheit der Kinder einwirken, wie sie vernachlässigt, nicht selten zu gänzlicher Entkräftung, zur Entwickelung der Tuberkulosis, ja selbst zum Auftreten von Cerebralerscheinungen Anlass geben, so glaube ich nicht, noch einmal zur Anwendung der erwähnten Methode auffordern zu müssen.

Encephalocele, die für einen Abszess und später für einen *Fungus durae matris* gehalten wurde, von Dr. Tavignot in Paris.

Die chirurgische Praxis ist, selbst in ihren einfachsten Operationen, eine Kunst, deren Regeln bisweilen dunkel und immer schwierig sind. Nichts scheint leichter und klarer zu sein, als die allgemeinen Vorschriften der Wissenschaft; aber um sie in Ausführung zu bringen, muss man unglücklicher Weise beständig gegen die Ausnahmen auf seiner Hut sein. Wenn man die Schriftsteller über die differentielle Diagnose der fungösen Geschwülste der Duramater, der *Hernia cerebri* und selbst das Cephalämatom zu Rathe zieht, so wird man bestimmte Unterscheidungszeichen von ihrem Sitze, ihrem Aussehen u. s. w. entnommen finden. So soll man die angeborene *Hernia cerebri* vorzugsweise da, wo die Fontanellen sich befinden, oder an Stellen, wo sich zwei oder mehrere Knochen vereinigen, antreffen. Die erworbene wird in Folge eines Substanzverlustes, eines Knochenbruches, der Trepanation, von Karies u. s. w. sich bilden. Was die erste Art der Encephalocele anbetrifft, so könnte sie bei der Geburt nur mit dem Cephalämatom verwechselt werden, und dann würden der Sitz, das Vorhandensein oder der Mangel der Pulsation, die Möglichkeit oder Unmöglichkeit sie zu verkleinern, die Fluktuation oder die harte Beschaffenheit, der zentrale Eindruck und der ringförmige Vorsprung u. s. w. leicht auf den richtigen Weg helfen. Doch ist dies nicht mehr der Fall, wenn, wie in unserer Beobachtung, die Hernie

eine zufällig entstandene ist, ohne dass man im voraus von dem pathologischen Vorgange, der zu ihrer Entstehung Veranlassung gab, Kenntniss hat. Dann wird es schwieriger zu erkennen, ob man es mit einer Hernie oder einer fungösen Geschwulst der Duramater [1]) zu thun habe, und ein Irrthum ist um so eher möglich, wenn sie noch von den Weichtheilen bedeckt ist.

Wir wollen nun betrachten, welche Charaktere ihnen gemeinschaftlich sind, und ob es besondere giebt, wodurch sie sich unterscheiden lassen.

„Das eigenthümliche charakteristische Symptom der Encephalocele", sagt Ferrand, [2]) „ist, dass sie eine weiche Geschwulst, von gleichmässiger Abrundung, mit einer dem Pulse entsprechenden Pulsation „bildet, welche dem Drucke weicht und verschwindet, ohne irgend eine „Veränderung in der Färbung der Haut, sich da, wo die Fontanellen „und Näthe sich befinden, entwickelt, und deren Umfang sich nach „dem fehlenden Knochenstücke richtet." Hierzu ist noch hinzuzufügen die Vergrösserung der Geschwulst durch Geschrei, Anstrengungen u. s. w., und die Gehirnsymptome, die der auf sie ausgeübten Kompression folgen.

Die Symptome, die den *Fungus durae matris* charakterisiren, sind folgende: Es ist eine umschriebene, mehr oder weniger umfangreiche Geschwulst von mässiger Konsistenz und von dunkler Fluktuation; durch Druck kann man sie theilweise oder gänzlich beseitigen. Doch können sich auch Phantasmata vor den Augen, Ohrenklingen, eine allgemeine Schwäche in allen Gliedern, Bewusstlosigkeit, allmäliges oder plötzliches Kleinerwerden des Pulses, der selbst ganz verschwindet, entwickeln. Drückt man so die Geschwulst zurück, so fühlt man leicht die unregelmässigen und durch Spitzen zackigen Ränder der Oeffnung, durch welche sie aus der Schädelhöhle hervorgetreten ist; sobald man mit dem Drucke nachlässt, erscheint sie wieder und nimmt ihren vorigen Umfang von Neuem an. Hierzu kommt, dass sie an allen Stellen der Schädelwandungen angetroffen werden kann, und dass sie mit den Pulsschlägen isochronische Pulsationen darbietet. [3])

---

1) Es versteht sich von selbst, dass hier nicht von fungösen Geschwülsten, die nach aussen hervortreten, die Rede sein kann; in einem so vorgerückten Stadium ist der Irrthum in der Diagnose ganz unmöglich.

2) *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie. Vol. III. p.* 194.

3) *Traité des maladies chirurg.* Vol. V. p. 151.

Man sieht hieraus, dass man vielleicht die Wahrheit übertreiben würde, wenn man behaupten wollte, es sei leicht, zwischen den erworbenen Hirnbrüchen und den fungösen Geschwülsten der Duramater eine strenge Scheidungslinie zu ziehen, zumal in den Fällen, wo die Antezedentien uns nicht über die Entstehung des Bruches aufklären und, um so zu sagen, die Entwickelung verfolgen lassen. Derselbe zeigt sich übrigens nur bei Karies, mit Zerstörung der ganzen Dicke der Schädeldecken, was zu einem Irrthum in der Diagnose Veranlassung geben könnte, wenn man nicht selbst die Oeffnung des durch die Karies erzeugten Abszesses gemacht hat, und den Verlauf und die Fortschritte nicht hat beobachten können.

Am 12. August 1840 kam Louis L., 8 Jahre alt, ins *Hôpital des Enfans malades;* er war immer gesund gewesen, obwohl er von sehr schwächlicher Konstitution und bedeutend abgemagert war. In den ersten Tagen des Juli wurde er, nach Aussage der Eltern, von einem Erysipelas des Gesichts befallen, das besonders an der rechten Seite der Stirn seinen Sitz hatte; es wurde durch Einreibungen mit Salben und Ableitungen auf den Darmkanal beseitigt. Vom 10. bis 15. Juli entwickelte sich, wie die Eltern berichten, auf der rechten Seite der Stirn eine fluktuirende Geschwulst, ungefähr von der Grösse einer dicken Nuss; einige Tage nach ihrem Auftreten wurde sie von einem Arzte in der Stadt geöffnet und es entleerte sich eine Menge Eiter.

Wir müssen hinzufügen, dass seit der Entwickelung der Geschwulst der Kranke an einem heftigen Kopfschmerze litt. Bald stellte sich an derselben Stelle eine neue Geschwulst ein, und das Kind wurde am 1. August zur öffentlichen Konsultation des Hospitals geführt.

Die Entwickelung des ersten Abszesses liess sich wohl aus dem vorangegangenen Erysipelas erklären, und selbst die Bildung des zweiten war bei einer so schlechten Konstitution nicht auffallend. Es wurde daher ein Einstich in die fluktuirende Geschwulst gemacht; es floss nur eine geringe Menge Eiter aus, besonders aber eine zugleich graue, bläuliche, halb verhärtete Substanz, die wie in Flocken sich entleerte und zugleich die Charaktere des halb erweichten Tuberkels oder der veränderten und fauligen Gehirnsubstanz darbot. Indess müssen wir mittheilen, dass der Mangel jeder Art von charakteristischen Gehirnsymptomen, und vielleicht auch die nicht deutlich sich aussprechenden Charaktere dieser neuen eiterartigen Substanz, die Aufmerksamkeit nach dieser Richtung hinzulenken verhinderte. Das Kind wurde zu

seinen Eltern zurückgeschickt; aber bald darauf verfällt es in Koma, das Sehvermögen nimmt ab, es verliert den Appetit, Fieber stellt sich ein, es hustet fast fortwährend; Erbrechen ist nicht vorhanden. Der Kranke wird in diesem Zustande zu uns zurückgebracht und in die chirurgischen Säle aufgenommen.

Am 13. August zeigt sich die Geschwulst von der Grösse eines Eies, fast hart, an der Basis resistent; sie ist nur einige Millimeter von der Mittellinie entfernt und erstreckt sich von 8 bis 10 Millimeter über dem *Tuber frontale* bis 6 oder 8 Centimeter unter dasselbe. An seiner Basis scheint diese Geschwulst eine andere zu umgeben und zu stützen, deren Zentrum einen bedeutenden Vorsprung bildet; sie ist nicht so hart als die erste, und ihre Spitze zeigt eine Oeffnung von ungefähr einem Centimeter im Durchmesser, durch welche eine graue, weiche, fungöse, dem Gewebe des Encephaloid ähnliche Substanz hervortritt, die mit grosser Leichtigkeit zurückgebracht werden kann, und beim Befühlen mit den Herzschlägen isochrone Pulsationen darbietet. Zwei fistulöse Gänge befinden sich in der rechten Schläfengegend, aus denen sich ein saniöser Eiter entleert, und durch welche man mittelst einer eingeführten Sonde zu der Geschwulst selbst gelangen kann; die Ablösung der Haut an dieser Stelle kann auf 3 Centimeter von rechts nach links und auf ungefähr 6 von oben nach unten angeschlagen werden. Der allgemeine Zustand ist nichts weniger als befriedigend: grosse Schwäche bei den verschiedenen Bewegungen, das Stehen fast unmöglich, Fortdauer der Sensibilität, eine geringe Abnahme des Sehvermögens, die seit der zweiten Inzision noch mehr zugenommen hat. Um die Ausdehnung des Leidens kennen zu lernen, und die Knochensplitter, die dem Finger ein Gefühl von Krepitation gewähren, zu entfernen, wurde ein kreuzweiser Einschnitt in die die Geschwulst bedeckende Haut gemacht; dieselbe erscheint darauf vollständig frei und auf dem Stirnbeine aufsitzend. Einige Knochensplitter werden abgelöst und entfernt; im Laufe des Tages fanden einige konvulsivische Bewegungen der Augen statt.

Den 14. August. Der äussere Theil des Einschnittes wird bis zu den fistulösen Stellen an der Schläfe verlängert, so dass die ganze Stelle von den bedeckenden Weichtheilen befreit daliegt. Eine bedeutende Blutung aus einigen Aesten der oberflächlichen und tiefen Temporalarterien fand statt; dieselbe war so kopiös, dass sie den Wundarzt verhinderte, seine Fassung wieder zu erlangen, und die Operation, die er zuerst im Sinne hatte, nämlich die Abtragung der fungösen Ge-

schwulst mittelst einer oder mehrerer Trepankronen, zu vollenden; und um hier diesen Operationsversuch zu rechtfertigen, muss ich beifügen, dass mehrere berühmte Wundärzte, denen der Kranke vorgestellt wurde, nicht einen Augenblick zögerten, die Diagnose, welche wir angenommen hatten, zu bestätigen. Da indessen die Blutung fortdauerte, so glaubte man sie durch die Tamponade bekämpfen zu müssen. Im Laufe des Tages traten einige Konvulsionen ein, und während des Abends und der Nacht fast andauerndes Erbrechen.

Den 15ten. Der Puls ist sehr schwach, kaum zu fühlen an der Radialarterie. Das Erbrechen dauert fort; es tritt besonders nach dem Trinken ein. Die allgemeine Schwäche ist bedeutend, die Geschwulst hat sehr an Umfang zugenommen; eine andere Geschwulst von fungösem Aussehen erhebt sich rechts von ihr und scheint an dieselbe zu grenzen. In Betracht der allgemeinen wie örtlichen Symptome bedurfte der vom Wundarzte gefasste Plan einer Abänderung und die Operation schien nicht anwendbar. So war damals die Meinung mehrerer zur Konsultation zugezogener Aerzte.

Am 16ten und 17ten keine Besserung; das Erbrechen hat aufgehört, doch dauern die konvulsivischen Bewegungen fort; bedeutende Vergrösserung des sichtbaren Umfangs der Geschwulst, die mit einer Steigerung der nervösen Symptome zusammenfällt.

Den 18ten. Fast gänzlicher Verlust des Sehvermögens auf beiden Augen, fast vollkommene Lähmung der oberen und unteren Extremitäten der linken, nämlich der dem Gehirnleiden entgegengesetzten Seite. Auf der rechten keine Veränderung; die Sensibilität ist überall unverändert und selbst etwas erhöht. Der Mund ist nach rechts verzogen.

Am 19ten ändert sich der Zustand des Kranken nicht sehr, und die Hemiplegie der linken Seite spricht sich immer mehr aus; einige oberflächliche Stellen der Geschwulst fangen an brandig zu werden. Am nächsten Tage stirbt der Kranke.

Sektion. Die Geschwulst bietet in ihrem Aussehen keine bedeutende Veränderung dar; sie scheint nur weicher zu sein, ist schwärzlich, theilweis brandig.

Beim Oeffnen der Schädelhöhle war es nicht schwierig zu erkennen, zu unserem grossen Erstaunen, dass der vermeintliche *Fungus durae matris* nichts Anderes als die Gehirnsubstanz selbst war, die durch die deutlich perforirte Duramater hindurchgetreten und dem Substanzverlust des Knochengehäuses entsprach. Hierauf konnte sich

jedoch unsere Untersuchung nicht beschränken; dieser pathologische Vorgang schien uns ungewöhnlich genug, um gründlichere Nachforschungen zu erfordern, ein tieferes Studium, das jede Art von Zweifel zu heben im Stande wäre.

Die ganze Konvexität der rechten Hemisphäre ist von einer ziemlich dicken Schicht verhärteten Eiters, der in der Höhle der Arachnoidea liegt, bedeckt; hier und da findet man auf derselben abgegrenzt albuminöse Flocken, eine Art von noch nicht vollkommen organisirten Pseudomembranen; sie hängen nicht sehr fest an, und da wo sie liegen, sieht die Arachnoidea matt aus und hat ihren Glanz verloren. Hier und da zeigt das eine oder andere Blatt der Arachnoidea eine punktirte, verschieden ausgebreitete Röthe. Gegen den seitlichen und mittleren Theil derselben Hemisphäre hin haben diese Pseudomembranen einen höheren Grad von Organisation erreicht; sie können nicht mehr ohne Zerreissung der Arachnoidea entfernt werden. Der vordere Lappen dieser Hemisphäre ist gleichfalls mit eiterartigen Massen bedeckt; er hängt fest mit der Duramater, oder vielmehr mit dem serösen Blatte, welches dieselbe überzieht, zusammen. Die untere Fläche des hinteren Lappen liegt ebenfalls in einem rahmähnlichen, grünlichen Eiter. Eine bis anderthalb Unzen trüben und milchigen Serums befinden sich in den ***Fossae occipitales.*** Nachdem das ***Tentorium cerebelli*** eingeschnitten und das grosse und kleine Gehirn herausgenommen sind, sieht man am unteren Theile dicke und harte Pseudomembranen, die an der ***Scissura Sylvii*** beginnen, sich gegen das ***Chiasma nervorum opticorum*** ausbreiten, von dort nach hinten gegen den ***Pons Varolii***, und unmerklich an der unteren Fläche des kleinen Gehirns aufhören. Eine kleine Menge Eiter befindet sich im vierten Ventrikel, trübes und gelbliches Serum im dritten, so wie in den Seitenventrikeln. Der rechte enthält ausserdem eine albuminöse, verhärtete Masse; die auskleidende Membran ist merklich erweicht.

Ich gehe jetzt zur Beschreibung der Geschwulst selbst über.

Die Oeffnung im Stirnbein, durch welche die Geschwulst heraustritt, hat einen Queerdurchmesser von 35 Millimeter und einen Längendurchmesser von 45 bis 48; die Ränder sind unregelmässig, winklig; der Theil der äusseren Platte, die an die Oeffnung stösst, ist in einer grösseren Ausdehnung erodirt als die innere, woraus man hätte glauben müssen, dass die Affektion nicht in der Schädelhöhle begonnen hätte. Indess ist an gewissen Stellen die innere Platte in einer weiteren Verbreitung angegriffen, als der entsprechende Theil der äusseren.

Aber deutlich tritt die Gehirnsubstanz, an ihren physischen Charakteren, und an dem Zusammenhang der Fasern wohl zu erkennen, aus der angegebenen Oeffnung hervor, indem sie durch die Duramater, deren Substanzverlust dem des Stirnbeins völlig gleicht, hindurchgeht. Die Duramater adhärirt an den Stellen um die Oeffnung herum ein wenig an der inneren Fläche des Stirnbeins, und bietet in ihrer Konsistenz, in Aussehen und Gestalt nichts Abweichendes dar. Die hervorgetretene Geschwulst ist zusammengedrückt und gleichsam in der Oeffnung, durch die sie hervortritt, eingeklemmt, während sie sich weiter davon entfernt ausdehnt und sich zu entfalten scheint; im Inneren findet man hier und da Stellen von schwarzer und brandiger Hirnsubstanz; andere sind nur von grauer Farbe und ganz erweicht.

Der ganze Lappen, auf dessen Kosten sich die Hernie bildete, ist erweicht; die Hirnsubstanz ist von der Farbe der Pfirsichblüthen, an manchen Stellen noch mehr injizirt; diese Veränderung zeigt sich besonders an den *Corpora striata* und *Thalami optici,* die selbst etwas weicher sind. Der Geruch, den diese Theile verbreiten, ist dem des Brandes ähnlich.

Wenn man die verschiedenen Symptome dieses Falles, der in mehr als einer Hinsicht interessant ist, verfolgt, so wird man begreifen, dass in der That Alles die erste Inzision, die gemacht wurde, zu rechtfertigen schien, weil es eine fluktuirende Geschwulst war, die auf ein Erysipelas folgte.

Der Sitz der Geschwulst, entfernt von den Fontanellen, ihr plötzliches Auftreten, wenigstens nach der Angabe, die Abwesenheit von Symptomen, die ihre Entwickelung begleiteten, nichts liess einen so seltenen als eigenthümlichen Zustand vermuthen.

Später, als man den ersten Irrthum erkannte, schienen alle Wahrscheinlichkeiten zu Gunsten einer fungösen Geschwulst der Duramater zu sprechen, selbst ein Operationsversuch wurde demgemäss beabsichtigt. Auch dieser Irrthum war eben so verzeihlich als der erste.

Ist nun die Hernie der Gehirnsubstanz eine angeborene oder erworbene? Der durch die Eltern gegebenen Auskunft gemäss, nach einer genauen und deutlichen anatomisch-pathologischen Untersuchung, ist die erste Annahme nicht denkbar.

Unter welchem ursächlichen Einflusse hat sie sich nun aber entwickelt, und wie bildete sie sich? Wir wissen nicht, ob eine äussere Verletzung stattgefunden hat; aber wenn wir die Konstitution des Kranken berücksichtigen, die seit langer Zeit so schlecht und im

höchsten Grade skrophulös ist, wäre es nicht wahrscheinlicher, dass wir es hier mit einer Art von Karies (*scrophulosa*) zu thun hatten, die von der Diploë des Stirnbeins ausgehend später beide Tafeln dieses Knochens, dann die Duramater zerstörte, und endlich eine Eiterung hervorrief, der die erste Inzision einen Ausweg verschafft hatte? Darauf war ein leichter Durchgang für die Gehirnsubstanz gebahnt, und auf diese Weise, die nur eine mehr oder weniger wahrscheinliche Hypothese ist, würde ein Leiden ziemlich klar und rationell erklärt sein, das durch seine Seltenheit und Wichtigkeit der Beachtung aller Praktiker anempfohlen zu werden verdiente.

Skizzirter Bericht vom Jahre 1843 über das erste Kinderhospital in Wien, dargelegt vom Direktor der Anstalt, Dr. Ludwig Mauther daselbst.

Diese Anstalt erlangt durch die Huld des Kaisers und der Kaiserin und durch die Beihülfe vieler Reichen und Wohlhabenden *eine immer* festere Begründung; schon ist mit der Bildung eines Grundkapitals der Anfang gemacht.

Seit den sieben Jahren des Bestehens dieser Anstalt sind im Ganzen 1847 kranke Kinder aufgenommen und mit allem Nöthigen versehen worden. Ohne Rücksicht auf Alter, Stand, Religion (!) und sonstige Verhältnisse ward diese Zufluchtsstätte armen und halb bemittelten, hitzigen und langwierigen Kranken, krüppelhaften und siechenden, ja selbst sterbenden Kindern geöffnet. Die Zahl der hier zur Behandlung gekommenen Kranken ist im verflossenen Jahre grösser gewesen, als in jedem der vorhergegangenen. Es sind nämlich im vorigen Jahre 495 kranke Kinder verpflegt und 3244 zur Behandlung in die Anstalt gebracht worden; von diesen letzteren wurden 142 unentgeltlich in ihren Wohnungen besucht, die übrigen 3102 wurden ambulatorisch behandelt. Demnach sind gegen das Jahr 1842 also 97 Kinder mehr aufgenommen, und ausserhalb der Anstalt 338 mehr zur Behandlung gekommen.

Noch nie aber haben so viele rettungslose Kranke Schutz und Trost hier gefunden, als im vergangenen Jahre, wo 36 Betten zur Aufnahme vorhanden waren. Die Krankentabelle ergiebt unter den Aufgenommenen 33 Zehrkranke, 25 Skrophelsüchtige und 35 Lungensüchtige = 93 Siechkranke.

Krankheitsformen.	Im S…			
	Bestand vom Jahre 1842.	Im Jahre 1…		
		Aufgenommen.	Genesen.	Gebessert oder entlassen.
Katarrhe	1	24	16	[illegible]
Keuchhusten	—	9	3	[illegible]
Knötchenausschlag	—	6	5	
Knotensucht (Tuberkeln)	1	35	11	1[illegible]
Kolik	—	—	—	—
Kopfgrind	1	14	9	[illegible]
Krätze	1	7	7	
Lähmung	—	1	—	
Masern	—	6	2	—
Milchborke	—	2	1	
Nesselausschlag	—	2	2	—
Pustelausschlag	—	2	2	—
Quetschung	—	1	1	—
Rothlauf	—	2	1	—
Scharlach	—	17	7	—
Schielen	—	1	1	—
Schuppenausschlag	—	1	1	—
Schwämmchen	—	8	5	—
Schwerhörigkeit	—	—	—	—
Skorbut	1	2	2	—
Skropheln	2	25	5	1[illegible]
Taubstummheit	1	—	—	
Unverdaulichkeit	—	3	2	
Verhärtung des Zellgewebes	—	—	—	—
Verkürzung des Zungenbändchens	—	—	—	—
Verstauchung	—	—	—	—
Vorfall der Gedärme	—	—	—	—
Wassersucht	—	4	4	—
Wunden	—	2	1	
Wurmkrankheit	—	4	1	[illegible]
	20	475	246	13[illegible]
	495		4[illegible]	

…pitale.					In den Wohnungen.										
…843		Verblieben in Behandlung.	Darunter waren		Bestand vom Jahre 1842.	Im Jahre 1843					Verblieben in Behandlung.	Darunter waren		Mit Arzneien versehen.	In ihren Wohnungen besucht.
…assen.	Gestorben.		Knaben.	Mädchen.		Zugekommen.	Genesen oder gebessert.	Gestorben.	Ausgeblieben.	Ins Spital genomm.		Knaben.	Mädchen.		
6	—	3	10	15	1	227	213	1	—	12	2	109	119	21	4
6	—	—	6	3	1	58	51	4	—	4	—	25	34	6	4
1	—	—	4	2	—	17	14	—	—	3	—	8	9	—	—
6	7	2	18	18	2	208	136	39	18	17	—	98	112	47	9
	—	—	—	—	1	52	53	—	—	—	—	36	17	3	1
4	—	2	9	6	1	34	27	—	—	8	—	19	16	2	1
1	—	—	4	4	—	24	18	—	—	6	—	14	10	—	—
1	—	—	—	1	—	7	3	—	4	—	—	4	3	—	—
	3	1	4	2	—	27	23	2	—	2	—	16	11	4	10
1	—	—	—	2	—	5	5	—	—	—	—	1	4	—	—
	—	—	1	1	—	2	1	—	—	1	—	1	1	—	—
	—	—	1	1	—	18	17	—	—	1	—	9	9	3	—
	—	—	1	—	—	2	1	—	—	1	—	1	1	—	—
	—	1	2	—	—	8	6	—	—	2	—	5	3	2	—
	10	—	5	12	—	43	30	2	—	11	—	17	26	9	12
	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	3	—	3	5	—	61	53	5	—	3	—	27	34	4	1
	—	—	—	—	—	8	7	—	1	—	—	5	3	1	—
	1	—	2	1	—	3	2	—	—	1	—	1	2	—	—
7	5	—	12	15	1	173	151	6	7	9	1	92	82	13	2
1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1	—	—	2	1	3	144	141	3	2	1	—	80	67	7	5
	—	—	—	—	—	3	1	2	—	—	—	1	2	1	1
	—	—	—	—	—	14	14	—	—	—	—	9	5	—	—
	—	—	—	—	—	5	4	—	1	—	—	2	3	1	—
	—	—	—	—	—	16	13	2	1	—	—	12	4	—	—
	—	—	3	1	—	22	21	—	—	1	—	15	7	2	3
	—	—	—	2	—	5	4	—	1	1	—	3	2	—	—
	—	—	—	4	—	14	12	—	—	2	—	2	12	1	—
	90	27	247	248	30	3214	2720	174	82	260	8	1681	1563	329	142
5			495		3244			3244				3244			

Mit hitzigen ansteckenden Krankheiten sind 58 Kinder aufgenommen worden; Scharlach und Nervenfieber spielten die Hauptrolle; doch gelang es bei Wachsamkeit und Aufsicht, eine allgemeine Verbreitung dieser Krankheiten zu verhüten und 35 geheilt zu entlassen.

Sehr segensreich hat sich die (bereits in diesem Journale erwähnte) Abtheilung für Zahlende erwiesen. Die Zahlung erreichte lange nicht die Kosten, aber viele Familien mit beschränktem Einkommen, die sonst durch die Opfer an Zeit und Geld für ihre erkrankten Kinder verarmt sein würden, konnten, indem sie diese neue Einrichtung benutzten, sich und ihre Kinder erhalten.

Zu bemerken ist noch, dass mit der Anstalt zugleich ein populärer Unterricht verbunden ist, um Mütter und Pflegerinnen zu belehren, wie sie mit Kindern umzugehen haben, und wie viele Krankheiten derselben verhütet werden können.

Allgemeine Uebersicht des Jahres 1843: Ende 1842 sind in Behandlung verblieben im Spitale 20, in den Privatwohnungen 30 = 50. Vom 1. Januar bis Ende Dezember 1843 kamen zur Behandlung im Spitale 475, in den Wohnungen 3214 = 3689; mithin sind im Ganzen 3739 kranke Kinder im vergangenen Jahre behandelt worden. Davon sind:

	genesen	gestorben	ausgetreten	pro 1844 Bestand	Verhältniss der Gestorbenen zu den Behandelten
im Spitale	246	90	132	27	= 1 : 6
in den Wohnungen	2720	174	342	8	1 : 19
	2966	264	474	35	

Geimpft wurden 89, mit Mineralwässern versehen 21.

In Summe sind seit 1837 zur Behandlung gekommen 15,836 Kinder, nämlich im Spitale 1847, im Domizil (den Wohnungen) 1111 und durch Ordination 12,878. (S. die spezielle Uebersicht.)

II. *Analysen und Kritiken.*

Untersuchungen und Beobachtungen der Skrophelkrankheiten nach Lugol und Smith.

(Erster Artikel.)

Die genaue Untersuchung der skrophulösen Krankheiten gehört bei der grossen Verbreitung derselben und bei den Verheerungen, welche sie anrichten, unstreitig zu den wichtigsten Aufgaben, welche die Wissenschaft zu lösen hat. Aus diesem Grunde müssen alle Versuche, welches einiges Licht über den noch dunkeln Gegenstand zu verbreiten versprechen, dankend begrüsst werden, um so mehr, wenn dieselben von Männern ausgehen, welche das Studium dieser Krankheiten zur Hauptaufgabe ihres Lebens gemacht haben.

1. *Scrofula; its Nature, Causes, and Treatment; and of the prevention and eradication of the strumous Diathesis. By W. Tyler Smith. London* 1844, 8.

Man kann zwar nicht behaupten, dass diese Schrift, deren *Analyse* wir aus begreiflichen Gründen hier folgen lassen, viel Neues enthält, noch weniger, dass dadurch die so lange besprochene Frage über die Skrophelkrankheit genügend erledigt wird; jedenfalls muss aber dieser Versuch, sowohl wegen der gelungenen Darstellung, als auch wegen mancher Berichtigungen, die derselbe enthält, dankend begrüsst werden.

Das Werk des Dr. Smith zerfällt in 12 Kapitel, die auf folgende Weise geordnet sind: Allgemeine Betrachtungen über das Wesen und die Ursachen der Skrophulosis. Ueber die Zeichen der skrophulösen Diathese. Die exzitirenden Ursachen der Skrophelkrankheit. Skrophulöse Geschwülste, Ulzerationen u. s. w. Allgemeine Behandlung. Anwendung des Jods. Oertliche Behandlung. Diätetische Pflege der erkrankten Kinder. Ausrottung der skrophulösen Anlage. Vertilgung der Narben und anderweitigen Deformitäten. Ehen zwischen skrophulösen Personen.

Was die Natur der Krankheit anbetrifft, so verwirft der Verf. die ältere Theorie von einer Säure oder Alkaleszenz des Blutes, und schliesst sich der Ansicht des Todd an, die aber eben so wenig auf sicherem Boden gegründet ist. Er nimmt nämlich an, dass die koagulable Lymphe, welche im gesunden Zustande zur Ernährung dient, von ihrer normalen Beschaffenheit abweicht, und anstatt ein gesundes, der Norm entsprechendes Gewebe zu bilden, in ein anomales, unorganisches, mit

einem Worte, in Tuberkelmasse degenerirt. Allein dieser Ansicht widerspricht der Verf. selbst an einer späteren Stelle, indem er sagt (p. 6 und 7), dass der Unterschied zwischen *Scrophulosis* und *Phthisis tuberculosa* hauptsächlich darin bestehe, dass erstere auch ohne Formation von Tuberkeln vorkommen könne. Man sieht schon hieraus, dass die Unklarheit, die Verwirrung und der Zweifel, welche in dieser Beziehung fast in allen Schriften über die Skrophelkrankheit herrschen, auch in dem Werke des Dr. Smith leider nicht vermisst wird.

Auch die Behauptung des Verfassers, dass das lymphatische Temperament als eine besonders zur Skrophulosis disponirende Ursache zu betrachten sei, bedarf noch sehr der Bestätigung. Dr. Smith erwähnt auch der schädlichen Wirkung einer verdorbenen Atmosphäre, scheint aber derselben doch nicht die Wichtigkeit beizulegen, welche sie verdient. Wir sind überzeugt, dass diese schlechte Beschaffenheit der Luft mehr zur Entwickelung der Skrophulosis beiträgt, als eine ärmliche Nahrung; man betrachte nur die Kinder der Handwerker in den Städten, welche oft besser genährt werden, als die der Bauern, und doch bei weitem häufiger skrophulösen Krankheiten unterworfen sind.

Was die Beziehung der verschiedenen Lebensalter zur Bildung der Tuberkeln betrifft, so wäre ein weitläufigeres Eingehen auf diesen Gegenstand wünschenswerth gewesen. Der Verf. giebt hierüber nur Andeutungen. In der frühesten Jugend sind die Lungen oft der Sitz der Tuberkeln, während in den ersten Jahren des kindlichen Lebens vorzugsweise die mesenterischen Drüsen, im vorgerückten Alter die oberflächlichen Lymphdrüsen und das Zellgewebe der Ablagerung der Tuberkelmaterie ausgesetzt sind. Zur Zeit der Pubertät zeigt sich wieder die Vorliebe der Tubeikeln für die Respirationsorgane.

Am vollständigsten hat Dr. Smith das Kapitel von der Therapie abgehandelt; in der That ist dasselbe mit grosser Umsicht und richtigem Urtheil geschrieben, und lässt nur wenig zu sagen übrig. Das Jod bildet das Hauptmittel des Verfassers, namentlich in seiner Verbindung mit leicht tonisirenden und eröffnenden Mitteln, und einer geregelten angemessenen Diät, in Betreff deren der Verfasser treffliche praktische Regeln giebt.

Schliesslich müssen wir bemerken, dass dem Dr. Smith das hier folgende Werk von Lugol noch nicht bekannt war, und aus diesem Grunde die neueren französischen Untersuchungen über die Skrophelkrankheit von dem Verfasser nicht berücksichtigt werden konnten.

---

2. *Recherches et Observations sur les causes des maladies scrofuleuses, par J. G. A. Lugol. Paris* 1844, 8.

Der Gegenstand dieses neuen Werkes Lugol's ist eine Untersuchung der Ursachen der Skrophelkrankheit. Der erste Abschnitt handelt von der Erblichkeit dieser Krankheit, und von dem Gesundheitszustande der Eltern, welche skrophulöse Kinder erzeugen; Momente, welche in Bezug auf die Aetiologie der Skrophulosis nach Lugol die erste Stelle einnehmen. Im zweiten Abschnitt spricht der Verfasser von den sogenannten pathologischen Ursachen; dahin gehören z. B. die Beziehungen der Skrophulosis zu den meisten Kinderkrankheiten. Endlich bilden die äusseren oder okkasionellen Ursachen den Gegenstand des dritten Abschnitts. Diese kurze Andeutung möge genügen, um die ausführlichere Analyse des Werkes, welche wir hier folgen lassen, zu rechtfertigen.

Erster Abschnitt.

Kapitel I. Von der Erblichkeit der skrophulösen Krankheiten.

Schon die Erscheinung, dass gewöhnlich mehrere Kinder in einer und derselben Familie der Krankheit unterworfen sind, spricht für die Erblichkeit derselben. Das erste Zeichen, wodurch sich dieselbe kund giebt, ist die Beschaffenheit des Antlitzes und des Körpers überhaupt; zu grosser Kopf, unverhältnissmässige Länge oder Kürze der Gliedmaassen, auffallendes Volumen der Gelenke, ungleichmässige Entwickelung der einen oder der anderen Körperhälfte, kleine, selten das gewöhnliche Maass überschreitende Statur, deuten schon auf den vorhandenen Keim der Skrophulosis hin. Dazu kommt in der Regel ein atonischer Zustand der Verdauungsorgane, der sich in vielen Fällen als Appetitmangel kund giebt, so dass die Kinder nicht den sechsten Theil der ihrem Alter angemessenen Nahrungsmittel zu sich nehmen, und dadurch den Grund zu einer mehr und mehr zunehmenden Schwäche legen. Lugol ist geneigt, in solchen Fällen einen Zustand der Magen- und Darmschleimhaut anzunehmen, welcher dem der Konjunktiva, der Nasen- und anderen Schleimhäute in der Skrophulosis analog ist, und behandelt denselben mit kleinen Dosen *Rad. Rhei,* Kalomel, *Rad. Jalapae,* welche er später mit den Jodpräparaten *vertauscht.*

Gewöhnlich verbindet sich mit diesen Erscheinungen eine kaum zu überwindende Apathie; die Kinder haben einen Widerwillen gegen Bewegungen, und müssen fast mit Gewalt dazu gezwungen werden. Der Schlaf, und überhaupt die Ruhe, steigert in der Regel mehr diese Hinfälligkeit, als sie dieselbe vermindert, daher auch alle Erscheinungen, z. B. die Auftreibung der Oberlippe, die Empfindlichkeit der Augen am Morgen, weit mehr hervortreten als zu anderen Tageszeiten, eine Beobachtung, welche Lugol veranlasste, von dem gewöhnlichen Wege abzuweichen, und die an skrophulösen Gelenkauftreibungen leidenden Kinder nicht im Bette ruhen, sondern angemessene körperliche Bewegungen vornehmen zu lassen, von welcher Methode er immer den besten Erfolg gesehen haben will. Die Entwickelung des Sexualsystems wird sowohl bei Knaben wie bei Mädchen durch die Anlage zur Skrophulosis sehr retardirt. Die Menstruation kündigt sich in der Regel durch eine 2 bis 3 Jahre anhaltende Dysmenorrhoe an, und auch nach ihrer vollständigen Entwickelung pflegen die übrigen Zeichen der Pubertät noch vermisst zu werden.

Eine besondere Aufmerksamkeit widmet der Verfasser dem von den Aerzten sogenannten *Habitus scrophulosus* des Gesichts; dahin gehören vorzugsweise die partiellen Hypertrophieen und Verhärtungen, in der Regel im mittleren Theile der Oberlippe, welche nach Lugol's Beobachtungen nicht selten der Entwickelung der *Tuberculosis pulmonum* vorausgeht. Gewöhnlich verbindet sich damit eine katarrhalische Affektion der Schleimhäute. Der Verfasser bemerkt aber ausdrücklich, dass er in vielen hundert Fällen den sogenannten skrophulösen Habitus vermisst habe, und ihn keineswegs als ein charakteristisches Zeichen der Skrophelkrankheit betrachten könne.

Wichtig ist die Bemerkung, dass nicht selten trotz der skrophulösen Disposition, und vorzugsweise beim weiblichen Geschlecht, eine trügerische Wohlbeleibtheit beobachtet wird, welche den Laien leicht irreleiten kann. Allein der genaue Beobachter wird in solchen Fällen einen habituellen Schnupfen, Verderbniss der Zähne, Ausfallen der Haare, partielle, stechend riechende Schweisse, nebst einer anhaltenden, nicht selten profusen Leukorrhoe wahrnehmen, Erscheinungen, welche den Verdacht auf die schlummernde Dyskrasie hinlenken; in der That wird diese Wohlbeleibtheit nicht selten ziemlich schnell durch eine auffallende Magerkeit ersetzt, welche sich dann mit allen anderen bekannten Symptomen der Skrophulosis verbindet.

Im Widerspruch mit den bisherigen Erfahrungen bemerkt Lugol, dass die Mehrzahl der im Hôpital St. Louis behandelten skrophulösen Kranken schwarze Haare hat, am seltensten sollen blonde Haare vorkommen; indess muss man berücksichtigen, dass die meisten jener Kranken bereits das 15te oder selbst das 20ste Jahr zurückgelegt haben, und dass gewöhnlich diejenigen Kinder, welche in den ersten Lebensjahren hellblonde Haare haben, im späteren Lebensalter dunkle, selbst schwarze Haare bekommen.

Ein zweiter Charakter der Erblichkeit der Skrophelkrankheit ist die Mortalität in denjenigen Familien, in welchen dieselbe herrscht. Die Hälfte der skrophulösen Kinder unterliegt bereits in den ersten Lebensjahren. Ein so ungünstiges Mortalitätsverhältniss kann nur eine allgemeine Ursache haben, welche eben in dem Gesundheitszustande der Eltern ihre Quelle hat, indem äussere zufällige Ursachen nicht ausschliesslich skrophulöse Krankheiten, sondern im Gegentheil verschiedenartige Affektionen hervorbringen würden, welche in keinem Falle eine solche Sterblichkeit wie die erblichen Krankheiten herbeiführen würden.

Die Erblichkeit der skrophulösen Krankheiten *zeigt sich* aber nicht allein bei den Mitgliedern einer Familie, sondern selbst in verschiedenen Familien, sobald sie nur von einem gemeinsamen Stamm herzuleiten sind. Der Verfasser führt für seine Behauptungen eine Reihe sehr lehrreicher Fälle an, und spricht schliesslich noch über die Erblichkeit der Skrophelkrankheit, in sofern man dieselbe bei Kindern, die aus verschiedenen Betten entsprungen sind, beobachten kann. Wenn nämlich der Vater oder die Mutter mehrere Ehen eingehen, so haben die aus jeder dieser Ehen entsprossenen Kinder einen eigenthümlichen Gesundheitszustand. Sie sind jedesmal skrophulös, sobald ein Theil der Eltern an derselben Krankheit leidet; diese Uebertragung findet aber niemals statt, wenn Vater und Mutter gleich frei von erblichen Krankheiten sind.

(Fortsetzung im folgenden Hefte.)

III. *Klinische Mittheilungen.*

A. *Hôpital des Enfans malades* in Paris (Klinik von Guersant dem Sohne).

Febris typhosa. Komplikation mit Parotiden.

Roger, ein gesunder 12jähriger Knabe, wurde vor 3 Tagen von heftigen Kopf- und Leibschmerzen, Ohrensausen, Schwindel und Nasenbluten befallen. Diarrhoe war nicht vorhanden, vielmehr der Leib verstopft. Das Fieber war ziemlich lebhaft. Man begnügte sich damit, ihm schleimiges Getränk zu reichen, den Unterleib zu kataplasmiren und Diät halten zu lassen. Am Morgen nach seiner Aufnahme im Hospital, wohin er auf einer Bahre gebracht worden war, bot er folgenden Zustand dar:

Lebhafte Röthe des Antlitzes, besonders auf den Wangen; gelbliche Färbung der unteren Hälfte des Gesichts; Sehkraft und Gehör etwas abgestumpft. Schwindel, Flimmern vor den Augen, Ohrensausen. Zweimaliges Erbrechen seit der Aufnahme. Kein Nasenbluten. Gefühl übergrosser Ermattung und Abgeschlagenheit. Haut trocken und heiss, Zunge in der Mitte weiss, feucht, an der Spitze roth und trocken, Durst lebhaft. Anorexie. Puls frequent, wenig entwickelt, 92 — 96 Schläge in der Minute. Bauch mässig gespannt, schmerzhaft beim Druck, besonders in der *Regio ileo-coecalis*, wo man ein kollerndes Geräusch wahrnehmen kann. Die Brustorgane zeigen sich bei der Auskultation vollkommen normal. — Schleimige Getränke und Klystiere; Diät.

Am folgenden Morgen. Puls 96, Kopfschmerz sehr heftig, die Hauptklage des jungen Kranken bildend. Seit gestern hat sich Diarrhoe eingefunden. Schwindel so bedeutend, dass Patient nicht aufrecht im Bette sitzen kann. Trockene rothe Lippen. Sonst derselbe Zustand.

Den 7ten, 3 Tage nach seiner Aufnahme, hatte die Taubheit beträchtlich zugenommen. Der Blick hat etwas Starres, Unheimliches, die Zunge ist braun, trocken. Die Diarrhoe, die nur 2 Tage gedauert hat, ist verschwunden. Puls 96, klein.

Den 9ten. Gestern und im Verlaufe der Nacht ziemlich lebhafte Delirien. Bauch nur bei sehr tiefem Drucke schmerzhaft. Seit gestern früh 3 Stuhlgänge. — Diät, Klystiere, Kataplasmen auf den Bauch.

Den 11ten derselbe Zustand. Kopfschmerz etwas gemässigt. Zwei Stuhlausleerungen. Zunge weniger braun, aber noch immer etwas trocken. Haut mässig warm. Auf der rechten Seite zeigt sich wieder Cökalgeräusch, aber ohne Empfindlichkeit beim Druck. — Dieselbe Behandlung.

Den 13ten. Seit 2 Tagen bemerkt man eine leichte Röthe und Anschwellung der rechten Parotis, und auch das umgebende Zellgewebe ist etwas teigicht anzufühlen. Schmerz bei der Berührung, so dass Patient nicht auf der rechten Seite liegen kann. Zwei Stuhlentleerungen. Klystiere mit Zusatz von etwas Opium, Kataplasmen, Diät.

Den 15ten. Delirien nur noch in der Nacht. Die rechte Parotis bedeutend geschwollen, die Haut über derselben roth, schmerzhaft; Fluktuation nicht fühlbar. Die Taubheit besteht fort. Seit gestern kein Stuhlgang. Zunge roth, feucht. Der Appetit findet sich ein. Puls 88. Einreibungen der Geschwulst mit *Ung. neapol.* Kataplasmen.

Den 16ten. Gestern 3 Stuhlentleerungen. Stechende Schmerzen in der Parotidengeschwulst, die aber weniger gespannt ist. Puls 76—80. Dieselbe Behandlung.

Den 18ten. Die Geschwulst hat an Umfang *bedeutend* abgenommen; aber seit gestern zeigt sich eine Anschwellung der linken Parotis, die nun auch mit Einreibungen der Merkurialsalbe behandelt wird.

Von diesem Augenblicke an bis zu den ersten Tagen des folgenden Monats nahm die Geschwulst der Parotiden mehr und mehr ab, ohne dass man eine Spur von Fluktuation in derselben entdecken konnte, und das Kind wurde als vollständig genesen aus dem Hospital entlassen.

„Die hier mitgetheilte Beobachtung, meine Herren, scheint mir in mehr als einer Hinsicht Ihrer Aufmerksamkeit würdig, und ich werde daher über den Verlauf und die Komplikation derselben, so wie über das angewandte Heilverfahren noch einige Bemerkungen hinzufügen."

„Es verdient zuerst angeführt zu werden, dass der kleine Patient, obwohl er beim ersten Anblick sehr kräftig konstituirt zu sein schien, doch mit einem sehr lymphatischen Temperamente begabt, und schon in den ersten Lebensjahren häufigen Augenentzündungen und Anschwellungen der Halsdrüsen unterworfen war. Schon diese Rücksicht *genügte*, um die Anwendung eines schwächenden Heilverfahrens zu

kontraindiziren, welches übrigens auch durch die Intensität der Symptome keineswegs nöthig gemacht wurde."

„Das Erbrechen fand in diesem Falle nur während der ersten Tage statt, und war mässig, wie es gewöhnlich zu sein pflegt. In der That beobachtet man den Vomitus in der Regel nur in der ersten 7tägigen Periode, ja sogar nur in den ersten 3 Tagen. Dennoch hält es in manchen Fällen länger und zwar mit Heftigkeit an, eine Erscheinung, welche prognostisch sehr ungünstig ist. Das Erbrechen tritt besonders leicht in denjenigen Fällen auf, wo im Anfange Verstopfung beobachtet wird, worauf auch die Verfasser eines neuen Werkes über Kinderkrankheiten aufmerksam machen. Ich bemerke nur noch, meine Herren, dass das gleichzeitige Vorkommen des Erbrechens und der Verstopfung Sie leicht in der Diagnose irreleiten kann, und dass Sie aus diesem Grunde die begleitenden Erscheinungen auf das Genaueste zu untersuchen haben."

„Bei unserem Kranken war von Anfang an Verstopfung vorhanden, dann aber erfolgte, ohne dass man Abführmittel verordnete, Durchfall, freilich nur vorübergehend, welcher nach Verlauf einiger Tage wiederum der Verstopfung Platz machte. In der Regel beobachtet man im Beginn eines typhösen Fiebers Diarrhoe, wenigstens bei Kindern; nur selten behalten die Ausleerungen ihre natürliche Beschaffenheit; wie aber auch der Zustand des Darmkanals im Anfange der Krankheit sich gestalten möge, so pflegt doch beim weiteren Fortschreiten derselben immer Diarrhoe einzutreten. Nur in sehr seltenen Fällen besteht die Verstopfung länger als sieben Tage, mag nun die Diarrhoe alsdann spontan auftreten, oder durch Abführmittel hervorgerufen werden, die man in gewissen Formen des sogenannten Typhusfiebers bekanntlich nicht selten anwendet. Ist die Diarrhoe einmal erschienen, so besteht sie auch mehr oder weniger während der ganzen Dauer der Krankheit fort. Bei unserem Kranken war sie nur unbedeutend, und verschwand jedesmal nach der Anwendung von schleimigen, mit *Tinct. thebaica* versetzten Klystieren. Unwillkührliche Ausleerungen wurden in diesem Falle nicht beobachtet. Ueberhaupt pflegt dieser Zustand nur in den gefährlichsten Fällen vorzukommen, wenn die Kranken in vollständige Adynamie verfallen; da nun dieselbe immer erst in der zweiten oder dritten 7tägigen Periode eintritt, so wird man auch unwillkührliche Stuhlentleerungen niemals in den ersten Tagen der Krankheit eintreten sehen. Gewöhnlich erscheinen sie, wenn dieselbe einen unglücklichen Ausgang nimmt, und begründen deshalb immer

eine sehr missliche Prognose. Leibschmerzen begleiten zuweilen die Diarrhoe, besonders wenn dieselbe von Anfang an besteht. In Fällen wie der unsrige, d. h. wo die Diarrhoe unbedeutend ist, werden sie sehr häufig vermisst. Ich hatte hierbei natürlich nur die spontan eintretenden Schmerzen im Sinne; denn diejenigen, welche durch Druck auf den Unterleib hervorgebracht werden, bestehen in der Mehrzahl der Fälle, und gehören in die Kategorie der lokalen Symptome, deren Vorkommen fast nothwendig ist, um eine sichere Diagnose stellen zu können. Die spontan eintretenden Schmerzen haben in der Regel ihren Sitz in der Nabel- oder Magengegend, noch häufiger in der Gegend der rechten Darmbeingrube."

„Der Unterleib, meine Herren, der zuweilen stark aufgetrieben und gespannt ist, hat bei unserem Kranken seine normale Form und Umfang behalten. Man konnte keine Spur von Meteorismus, wie in so vielen anderen Fällen, entdecken. Ich bemerke bei dieser Gelegenheit, dass man diese tympanitische Auftreibung gewöhnlich zwischen dem 6ten und 15ten Tage der Krankheit eintreten sieht, dass sie aber sehr selten während der ganzen Dauer der Krankheit fortbesteht. In anderen Fällen, aber nur in sehr gefahrdrohenden, wird der *Unterleib* nach innen gezogen, hart, und scheint den Darmkanal gewissermaassen zu komprimiren."

„Das Cökalkollern ist auch eins der örtlichen Symptome, welche man am häufigsten in den typhösen Fiebern, besonders wenn gleichzeitig Diarrhoe vorhanden ist, zu beobachten pflegt. Einige Aerzte, welche in dem typhösen Fieber überhaupt nur eine Allgemeinkrankheit sehen, haben das Vorkommen dieses Symptoms in Abrede gestellt; allein ich habe es in dem wahren Typhus fast niemals vermisst. So habe ich es auch bei dem Gegenstande dieser Beobachtung zu wiederholten Malen konstatiren können. Ich muss indess hier anführen, dass man in dieser Beziehung leicht getäuscht werden kann; zuweilen nämlich muss man, um dies Phänomen hervorzubringen, einen ziemlich starken Druck auf die Bauchwandungen ausüben, und der dadurch verursachte Schmerz bringt die Kinder zum Schreien, so dass man sich dann mit einer oberflächlichen Untersuchung begnügt. Man fühlt dieses Kollern auf beiden Seiten des Bauchs, besonders aber in der Ileo-Cökalgegend."

„Die Zunge, anfangs weiss und feucht, wurde nach und nach trocken und glatt, etwas braun, aber niemals russig. Es ist bemerkenswerth, dass die Zunge im typhösen Fieber, wenn die Krankheit

sich in die Länge zieht, häufig diese Beschaffenheit annimmt und zugleich trocken wird. Wollte man die braune Farbe und Trockenheit dieses Organs dem Umstande zuschreiben, dass die Kranken oft mit offenem Munde athmen, so bemerke ich dagegen in Uebereinstimmung mit Herrn Prof. Rostan, dass dies nicht die einzige Ursache sein kann. Man lasse einmal einen gesunden Menschen eine Zeit lang mit geöffnetem Munde athmen, die Zunge wird zwar trocken werden, aber ihre rothe Farbe nicht verändern. Wir müssen also annehmen, dass die braune Farbe der Zunge nur von der Eigenthümlichkeit der Krankheit und keineswegs allein von dem Athmen mit geöffnetem Munde abhängig ist. Nur in den heftigsten Fällen der Krankheit bedecken sich Zunge, Zahnfleisch und Lippen mit jener schwarzen, russigen Kruste, die dann gewöhnlich mit einem stinkenden Athem verbunden ist. Bei unserem Kranken war nichts dieser Art zu bemerken gewesen."

„Zum Schlusse muss ich hier noch einige Worte über den Durst und den Appetit hinzufügen. Der erstere war immer sehr lebhaft; was den Appetit betrifft, welcher bei unserem jungen Patienten nicht vorhanden war, so darf man den Veränderungen desselben in der Kinderpraxis überhaupt keine zu grosse Wichtigkeit beilegen, indem Kinder, wie überhaupt viele Kranke, oft angeben, dass sie Appetit haben, in der Hoffnung, dass man ihnen dann Nahrungsmittel zukommen lassen werde. Nur in den Fällen, wo man es mit intelligenten Kindern zu thun hat, von deren Aufrichtigkeit man sich bereits überzeugt hat, darf man auf die Antworten, die sie auf in dieser Beziehung gestellte Fragen geben, einigen Werth legen."

„Die allgemeinen Symptome, meine Herren, haben in Betreff der Diagnose nicht geringere Bedeutung, als die örtlichen, mit denen wir uns bisher beschäftigt haben. Der ganze Habitus, das Gesicht, geben wohl zu benutzende Merkmale an die Hand. Namentlich verdient die Abspannung, die Farbe, der Ausdruck der Angst im Gesichte des Kranken Berücksichtigung."

„Die Schwäche des Kranken kann sogar oft aus dem Gesichtsausdruck beurtheilt werden. Genügt dieser nicht, so untersuche man sorgfältig die sogenannten nervösen Erscheinungen, den Kopfschmerz, Schwindel, das Sausen und Klingen vor den Ohren. Uebrigens kann man diese Symptome nur bei Personen von einem gewissen Alter erkennen, nicht so bei sehr jungen Kindern, was namentlich in Bezug auf die Cephalalgie gesagt ist. Diese besteht in der Regel gleich im Beginn der Krankheit; ihre Dauer ist im Allgemeinen kurz, und sie

verschmindet meist zwischen dem 7ten und 10ten Tage. Bei unserem Kranken bildete der Kopfschmerz mehrere Tage hindurch die Hauptklage, und auch der Schwindel, das Ohrensausen, war nicht allein sehr heftig, sondern dauerte auch eine geraume Zeit an."

B. *Hôpital-Necker* in Paris (Klinik von Trousseau).

Heilung der Nabelbrüche bei Säuglingen durch einen neuen Verbandapparat.

„Meine Herren! Seit längerer Zeit hat es meine Verwunderung erregt, wie vielen Zufällen junge Kinder ausgesetzt sind, die an Nabelbrüchen leiden, und wie gross die Schwierigkeiten sind, solche Bruchbänder gehörig anzufertigen und anzulegen. Vor ungefähr 2 Jahren wurde ich auf ein therapeutisches Verfahren geleitet, das, allem Anschein nach wegen seiner grossen Einfachheit, von den Aerzten nicht bekannt gemacht worden ist, obgleich es schon sehr lange im Gebrauch sein mag."

„Alle Geburtshelfer empfehlen den Säugenden, ihren Neugeborenen den Bauch mit einer bequem anliegenden Binde zu umwickeln, und sie einen Monat oder, nach Andern, 1 Jahr lang tragen zu lassen. Das Volk hält auf dies einfache Mittel, da es, wie man sagt, die Seiten des Kindes unterstützt und kräftigt, und in der That ist diese methodische Kompression gewissermaassen eine Unterstützung für die sehnigen Ausbreitungen des Bauches, welche dem Vorfalle der Eingeweide und hauptsächlich den Nabelbrüchen kräftig entgegen wirken. Ich habe mich bemüht, dieser gewissermaassen empirischen Methode eine wissenschaftliche Form zu geben."

„Nabelbrüche sind bei Kindern, während der ersten 2 Jahre ihres Lebens, etwas ganz Gewöhnliches, haben aber bei weitem nicht die Wichtigkeit, wie in einem spätern Alter, und heilen, gewöhnlich ohne Hülfe der Kunst, um die Zeit, wo das Kind weniger zu schreien pflegt und die Aponeurosen des Bauches sich kräftiger entwickeln; die Aperturen der Bruchstellen verkleinern sich dann, und verschwinden endlich ganz. Sind es aber Schreikinder, oder Dickbäuche mit einer verhältnissmässig schmalen Brust, so bleibt der Bruch auch für die Folge; und heilt er dennoch, so geschieht es nur in einem spätern Alter, oder *durch das* Tragen eines Bruchbandes. Erfolgt nun die Heilung des

Bruches nicht, so können, obgleich selten, durch Strangulation schwere Zufälle herbeigeführt, oder wenigstens heftige Koliken und Erbrechen durch das beständige Schreien unterhalten werden, wodurch die Schlaffheit, als die Ursache aller dieser funktionellen Störungen, immer mehr zunimmt. Es ist daher von Wichtigkeit, sich der Heilung der Nabelbrüche in den ersten Monaten des Lebens zu unterziehen. Wenn daher ein Kind mit diesen Leiden zu mir gebracht wird, so gebe ich den Rath, mit dem Mittel, das alle Welt in den ersten Tagen des Lebens empfiehlt, mit der Kompression fortzufahren."

„Verfahrungsweise. Nachdem man sich eine graduirte Kompresse, von 3 Centimeter Länge, 2 Centimeter Breite und 5 Millimeter Dicke, und einen Streifen Heftpflaster, 2 Centimeter breit und 2 bis 3 Meter lang, bereitet hat, fasst ein Gehülfe das Kind bei beiden Knieen und hält es in die Höhe, während ein anderer Gehülfe zur Unterstützung des Kleinen die Hand an den Rücken legt. Hierauf bringt man den Bruch zurück, legt die graduirte Kompresse auf den Nabel und umwickelt den Bauch des Kindes 6 bis 8 Mal mit dem Streifen Heftpflaster, so dass die Kompresse vollkommen bedeckt wird. Jede Tour der Binde muss ziemlich fest angezogen werden, weil das Kind während des Schreiens den Bauch auftreibt, und er zusammenfällt, sobald es beruhigt ist. Einige Stunden lang beengt dieser Druck die Respiration, doch scheinen die Kinder wenig davon zu empfinden. Heftpflasterstreifen haben vor anderen Binden den Vorzug, dass sie sich den Theilen genauer anpassen, ohne Hinderniss allen Bewegungen des Kindes nachgeben, und dass sie, da sie ankleben, nur selten durch die Respirationsbewegungen verschoben werden; auch ist ein solcher Verband für alle Feuchtigkeit und Schmutz undurchdringlich, und daher sind sie denen aus blosser Leinwand oder Tuch unbedingt vorzuziehen. Andere Bruchbänder haben das Unbequeme, dass man mehrere haben muss, um zu wechseln, dass sie oft gereinigt werden müssen, und, da das Kind täglich wächst, in kurzer Zeit nicht mehr brauchbar sind; übrigens sind sie kostspielig und erfüllen keineswegs den Zweck, da die Pelote bei Kindern nur sehr klein sein kann, und sich daher leicht beim Schreien, bei lebhaften Bewegungen u. s. w. verschiebt, und so den zu fürchtenden Zufällen nicht gehörig entgegenwirkt. Wollte man sie durch Tragebänder oder Riemen befestigen, so würden die Theile, mit denen sie in Berührung kommen, wund werden; endlich bedenke man, dass ein Nabelbruch selten vor dem 3ten oder 4ten Jahre vollkommen geheilt wird. Es ist die Aufgabe des Apothekers, ein dauer-

haftes, weiches und stark klebendes Heftpflaster zu bereiten, das auch im Winter seine Eigenschaften behält; der Zusatz von Terpenthin darf nicht zu gross sein, weil es sonst die Haut reizen und erysipelatöse Entzündungen erregen würde. Die beste Vorschrift zu einer solchen Bereitung enthält der Pariser *Codex medicament.* — Der Verband kann ganz gut 10 bis 15 Tage liegen bleiben, ich lasse ihn aber gewöhnlich alle Woche 1 Mal erneuern. Ist der Nabelbruch von sehr kleinem Umfange, die Gesundheit des Kindes gut, sein Wachsthum schnell, so reicht eine zweimalige Applikation zur Heilung hin; viel öfter muss es aber geschehen, wenn das Kind elend und mager ist. Zuweilen verkleinern sich solche Brüche ungemein schnell. So habe ich gesehen, dass sich solche Geschwülste bei diesem Verfahren innerhalb 8 Tagen um 1 Centimeter verminderten. Das blosse Abflachen im Anfange steht aber nicht immer im Verhältniss zu den Fortschritten der späteren Heilung."

C. *Hôpital des Enfans malades* in Paris (Klinik von Guersant dem Vater).

Scharlach, komplizirt mit Angina und Bronchitis. — Betrachtungen über diese Komplikation.

In dem Saale St. Thomas befand sich ein Knabe von 4½ Jahren, der seit 2 Tagen erkrankt war. Er hatte eine ziemlich kräftige Konstitution, lympathisch-sanguinisches Temperament, war vakzinirt, und hatte nie an einer anderen Krankheit gelitten. Das Fieber war seit den 2 Tagen sehr heftig, auch hatte er sich einige Mal reichlich erbrochen. Von diesem Augenblicke an klagte er über heftiges Kopfweh; vorher hatte er einige Schmerzen im Halse und Beschwerden beim Schlucken empfunden; der Durst war bedeutend, auch hustete er ein wenig. Erst 36 Stunden nach dem Eintritt der ersten Krankheitserscheinungen wurde die Färbung der Haut bemerkt, und zwar in Form von kleinen unregelmässigen rosenrothen Flecken, die auf der Brust, dem Bauche und am Halse häufiger als an den anderen Theilen des Körpers waren. Als am folgenden Morgen die Symptome bedeutend zugenommen hatten, entschlossen sich die Eltern, das Kind nach dem *Hôpital des Enfans* zu bringen, wo es unter folgenden Erscheinungen aufgenommen wurde.

Das Gesicht ist roth, erhitzt, und zeigt einige Spuren beginnender Eruption; der Puls ist frequent, ziemlich entwickelt, und zählt 104 bis 108 Schläge; die Haut ist warm, ohne feucht oder trocken zu sein; die Zunge ist feucht und saburralisch; der Durst gross; Mangel an Appetit, aber seit 24 Stunden weder Ueblichkeit noch Erbrechen. Am vorderen Theile der Brust, einem Theile des Unterleibes, am Halse und im Gesicht bemerkt man rosenrothe Flecke, die durch gesunde und natürlich gefärbte Hautstellen von einander getrennt sind. Diese Flecke sind weniger zahlreich im Gesicht, als an anderen Stellen, sie sind nicht erhaben, und obgleich sie mehr dem Scharlach anzugehören scheinen, so ist es doch zweifelhaft, ob der Knabe einen Masernausschlag oder Scharlach bekommen wird. Der Husten ist ziemlich heftig; die Resonanz der Brust und die Respiration sind normal, und nur nach hinten hört man einen schwachen *Rhonchus sibilans*. Die Beschwerde beim Schlucken und der Schmerz im Halse dauern fort, und es ist ein wenig Röthe und Auflockerung der Schleimmembran des Schlundes und der Mandeln hinzugetreten. — Malvendekokt, Kataplasmen um den Hals und Diät.

Den 5ten. Die Eruption hat bedeutend zugenommen, und ist ein unverkennbarer Scharlachausschlag. Die Flecke sind lebhaft geröthet, fliessen meist zusammen und bilden grosse irreguläre Flächen, zwischen denen kleine, ebenfalls zusammenfliessende Punkte bemerkt werden. Schmerz und Entzündung des Halses, so wie der Husten haben zugenommen. Die Resonanz im ganzen Umfange der Brust bleibt normal, längs des ganzen Rückens hört man *Rhonchus sibilans,* und an einzelnen Stellen *Rhonchus vesicularis*. Die Frequenz und Beschaffenheit des Pulses ist dieselbe; das Gesicht blass; die Augen ein wenig thränend und von ungewöhnlichem Glanze; der Bauch normal; die Zunge in ihrer Mitte und an der Wurzel feucht und ein wenig belegt, an der Spitze und den Rändern roth. — Dieselben Mittel.

Den 7ten. Alle Symptome haben an Heftigkeit zugenommen, und die Eruption ist mit allen Merkmalen vollkommen entwickelt. Zwischen den dunkelrothen, über den ganzen Körper verbreiteten Flächen hat die Haut eine rosenrothe Färbung. Der Schmerz und die Geschwulst im Halse sind sehr heftig, aber ohne Ausschwitzung häutiger oder schleimiger Massen. Auskultation und Perkussion liefern dieselben Resultate. — Das Verfahren bleibt dasselbe.

Den 9ten. Während die Eruption auf dem Körper anfängt blässer zu werden, hat sie auf dem Gesicht noch ihre völlige Intensität.

Die entzündlichen Symptome, sowohl der Brust als des Halses, haben in ihrer Heftigkeit kaum merklich nachgelassen.

Den 10ten. Die Desquamation fängt an sich am Körper zu zeigen, und das Gesicht, obgleich nur wenig geschwollen, ist doch noch sehr entstellt. Der Puls ist bis auf 92 Schläge gefallen, dennoch hart und gereizt. Die Schmerzen im Halse nehmen ab, nur der Husten ist hartnäckig. Die Zunge rein und feucht; der Durst ist gering, und das Kind verlangt nach Speise. Der Unterleib ist gesund.

Den 12ten. Die Desquamation ist nun über den ganzen Körper verbreitet. Die Angina fast gänzlich verschwunden, nur der Husten und die Symptome der Brustaffektion sind geblieben. Der Knabe ist seit einigen Tagen verstopft, der Bauch ein wenig aufgetrieben und bei der Berührung schmerzhaft. — Manna, Diät.

Auch in den folgenden Tagen hatte die Entscheidung des Exanthems einen raschen Fortgang, und die Abschuppung erfolgte regelmässig; nur der Husten und der *Rhonchus sibilans* verschwanden erst nach Anwendung einiger Blutegel innerhalb 14 Tagen; der Puls zählte 84 Schläge, und das Kind konnte als völlig geheilt entlassen werden.

„Obgleich, meine Herren, diese Krankheitsgeschichte an sich ziemlich einfach ist, so lassen sich doch einige interessante Betrachtungen über die damit verbundenen Komplikationen und Symptome anknüpfen."

„Das erste von den Symptomen, unter welchen die Eruption eintrat, war ein Halsübel, und die Vermuthung lag sehr nahe, dass sich ein Scharlachfieber entwickeln werde; es verfloss aber noch ein voller Tag, ehe aller Zweifel über die Natur des Ausschlags gehoben war. Man würde sich in einem grossen Irrthume befinden, wollte man es als ein Gesetz aufstellen, dass mit Scharlach jedesmal eine Angina, mit Masern hingegen Bronchitis verbunden sei. Die Sache verhält sich zwar oft so, doch aber nicht immer, und der vorliegende Fall beweist augenscheinlich, dass sich Bronchitis mit Scharlach verbinden kann, sowohl in Begleitung mit anginösen Erscheinungen, als auch ohne dieselben. Man sollte glauben, der Irrthum müsse mit dem Erscheinen der Eruption sogleich aufhören, allein die Charaktere derselben sind zu Anfange so wenig von einander geschieden, dass es schwer ist, zu bestimmen, ob dieselbe den Masern oder dem Scharlach angehöre. Eine genauere Diagnose erfordert immer einige Tage Zeit. Uebrigens ist es kein grosser Irrthum, da bei beiden Krankheiten,

unter gewöhnlichen Umständen, die Behandlung ganz dieselbe ist. Zuweilen ist es auch deshalb schwierig, die Masern vom Scharlach zu unterscheiden, da beide Exantheme nicht selten gleichzeitig auftreten, und ich selbst habe einigemal Gelegenheit gehabt, Fälle dieser Art zu sehen. Das Faktum, welches von deutschen Aerzten zuerst bekannt gemacht worden ist, unterliegt gegenwärtig keinem Zweifel. So beschreibt unter andern Staber sehr weitläuftig diese eigenthümliche Form des Ausschlags, und glaubt, sie komme sehr häufig vor. Im Allgemeinen jedoch beobachtet man, dass der Scharlach einzeln stehende Flecke macht, die weniger erhaben sind, als die der Masern, und sich in wenig Stunden einander nähern, so dass sie grosse Flächen bilden, die eine viel röthere Farbe haben als die Masern. — Wir haben Krankheiten gesehen, sagen Rilliet und Barthez, wo die regelmässige und kreisförmige Röthe des Unterleibes und der Hände zusammenfloss, oder auch isolirt stehen blieb, und das Ansehen eines Erythems oder der Flecke von Urtikaria hatte, d. h. einige Zoll breit, erhaben und blass war, während die Flecke auf dem übrigen Körper vollkommene Masern waren. Die Neigung der Masern, sich mit verschiedenen anderen Ausschlägen zu verbinden, wird durch eine Menge Fälle bestätigt, bei denen es unentschieden bleibt, ob man Masern oder Scharlach vor sich habe. Der Form und Beschaffenheit nach hält dann die Röthe zwischen beiden Exanthemen die Mitte, deren Charaktere sie so sehr in sich vereinigt, dass auch die allgemeinen, oder vielmehr lokalen Symptome gleichfalls an beiden Theil haben. — Alles dies war bei diesem Kranken nicht der Fall; man war nur in den ersten Augenblicken der Färbung zweifelhaft; der Fortgang derselben zeigte deutlich einen Scharlachausschlag. Indess begleiteten denselben einige Eigenthümlichkeiten: so erschien die Eruption nicht zuerst im Gesicht, wie in den meisten Fällen, sondern am Körper und den Extremitäten. Obgleich die Krankheit ziemlich schwer, der Puls hart und entwickelt war, so stieg doch dessen Frequenz nicht über 108 Schläge, auch blieb sie nicht lange auf dieser Höhe, sondern fiel mit dem Erblassen des Exanthems bis auf 84. Der Glanz und das Thränen der Augen sind gewöhnliche Symptome der Masern, doch kommen sie ebenfalls beim Scharlach vor. Die Haut war, wie in den meisten Fällen von komplizirten Scharlachfiebern, trocken. — Auch die Digestionsorgane zeigen gewöhnlich wichtige Symptome. Die Zunge ist zu Anfange feucht und belegt, gegen den 3ten oder 4ten Tag wird sie *roth, polirt, glänzend* und trocken, ein Zustand, der bei dieser

Affektion häufig vorkommt, und unter dem Namen Scharlachzunge bekannt ist. In diesem Falle hatte die Zunge zu Anfange einen weissen Belag, und nahm selbst in der späteren Zeit nicht diese hochrothe Färbung an. Das Erbrechen in den ersten Tagen der Eruption ist ohne Bedeutung, und gehört zu den Prodromis der Krankheit."

„Eine häufigere und viel schwerere Komplikation in dieser Krankheit ist die *Pharyngo-Laryngitis* und die *Angina pharyngea,* die hier den Namen *Angina scarlatinosa* führt. Einige Schriftsteller glauben, dass diese Angina eben so beständig sei, als sie einen wesentlichen Theil der Krankheit selbst ausmache. Andere, und zwar die Mehrzahl, haben sich damit begnügt, sie zu den Komplikationen zu zählen, da der heftigste Scharlach ohne Pharyngitis sein kann, oder, wie die angeführten Schriftsteller sagen, sich wie 1 zu 6 verhält. Die *Angina pharyngea scarlatinosa* zeigt sich selten nach dem 2ten Tage der Eruption, viel häufiger ist sie ein Prodromus, und ändert gleich von vorn herein die Diagnose. Sie kündigt sich im Allgemeinen durch einen, anfänglich wenig lebhaften Schmerz im Halse an, der bald zunimmt, besonders beim Druck der Seiten und des oberen Theils des Halses. Zuweilen bleibt er milde während des ganzen Verlaufs der Krankheit. In allen Fällen, wo er vorhanden ist, ist das Schlucken behindert, und fast immer schmerzhaft. Untersucht man den Hals, so findet man eine mehr oder weniger lebhafte Röthe und Auflockerung der Schleimhaut der Tonsillen; selten sind sie aber so geschwollen, dass dadurch der Weg durch den *Isthmus faucium* merklich verengt würde; noch seltener ist es, dass sich durch die Heftigkeit der Angina Eiteransammlungen in dem zunächst gelegenen Zellgewebe bilden."

„Man sagt, dass die Anginen der Kinder häufig das Charakteristische haben, auf den entzündeten Flächen weisse pseudomembranöse Exsudationen zu erregen, die Bretonneau mit dem Namen Diphtheritis belegt hat. Dies Exsudat kommt bei der *Angina scarlatinosa* erst am 3ten oder 4ten Tage nach dem Anfange der Krankheit vor, und unterscheidet dieselbe von der einfachen primären Angina, bei welcher die Diphtheritis gleich zu Anfange bemerkt wird. Im vorliegenden Falle war die Angina vom Anfange an sehr heftig, es zeigte sich aber während ihres ganzen Verlaufs keine Exsudation, daher hätte man, nach diesem Symptom, das Exanthem wohl leichter für Masern als für Scharlach halten können, hätte sich die Eruption nicht so charakteristisch entwickelt. Später, wenn wir von der Komplikation mit

Bronchitis zu sprechen haben, werden wir nachweisen, dass auch sie es nicht allein war, die zu Irrungen Veranlassung geben konnte. Ihre Heftigkeit war übrigens nicht so gross, um eine Blutentleerung vorzunehmen, wie ich zu thun pflege, wenn die Affektion sehr heftig ist, ohne auf das Exanthem weiter Rücksicht zu nehmen. Ist aber die Angina mit Diphtheritis verbunden, so sind örtliche oder allgemeine Blutentziehungen von keinem grossen Nutzen, wenigstens werden grössere Entleerungen bei Auflockerung der Cervikal- und Submaxillardrüsen nicht gut ertragen; unter solchen Umständen ist eine örtliche Behandlung mit Alaun oder salpetersaurem Silber vorzuziehen."

„Uebelriechender Athem, der bei unserem Kranken nicht zugegen war, stellt sich nur bei Diphtheritis oder *Angina gangraenosa* ein. Wenn sich die letztere Form entwickelt, so ist die Krankheit immer sehr schwer, und endet häufig mit dem Tode; sie kömmt gewöhnlich nur bei Epidemieen vor, und es giebt merkwürdige Beispiele dieser Art. In diesen Fällen bediene ich mich der Brech- und Abführmittel, die zu Anfange und so lange von Nutzen sind, als der Magen und Darmkanal von entzündlichen Affektionen frei bleiben. Später hingegen sucht man diese Komplikationen durch die innere und äussere Anwendung tonischer Mittel zu bekämpfen."

„Bronchitis ist eine sehr gewöhnliche Komplikation der Masern, so dass die Entzündung der Bronchialschleimheit zuweilen in den Fällen, wo die Eruption nicht deutlich genug entwickelt ist, zur Feststellung der Diagnose dient. Im Allgemeinen ist die Bronchitis, welche sich mit Scharlach verbindet, weniger gefährlich, und ihre Folgen weniger bedeutend, als diejenige, welche das Masernexanthem begleitet. Sehr oft habe ich gesehen, dass der Ausgang einer Bronchitis bei Masern Lungenschwindsucht war, die mit dem Tode endigte, während dieselbe Affektion bei Scharlach sehr selten tödtliche Folgen hat. Gewöhnlich erscheint die Bronchitis zu Anfange der Eruption, innerhalb der ersten 3 oder 4 Tage der Krankheit. Verglichen mit dem Masernexanthem, ist dies der Zeitpunkt, wo diese Affektion beim Scharlach häufiger als zu jeder andern Zeit eintritt. Die Symptome sind dieselben wie bei der primären Bronchitis, d. h. an allen Stellen der Brust ist die Resonanz normal, und nur ein *Rhonchus sibilans* und *mucosus* wahrzunehmen. Tritt ein Zustand der Ueberfüllung des Lungenparenchyms zur Bronchitis, so nimmt man allerdings einen matten Ton wahr, und zwar geschieht dies häufiger bei Kindern, als bei Erwachsenen; nur dann aber, wenn sich das Lungenparenchym wirklich

entzündet, findet auch Knistergeräusch statt. — Bei den meisten Kindern, die während des Scharlachs oder in Folge desselben an Lungenentzündung leiden, habe ich die Entwickelung derselben gewöhnlich um den 12ten oder 15ten Tag nach dem Anfange der Krankheit beobachtet. Sie ist zwar häufig nur Folgekrankheit, doch so schwer, dass sie mit dem Tode zu enden pflegt."

„Eine andere sehr häufige Komplikation des Scharlachs ist Hautwassersucht. Man hält sie allgemein für eine Folge plötzlicher Erkältung. Sennert, Heister und Burserius sind die Ersten, welche diese Behauptung aufstellten. In der Vorhersagung stimmen die Schriftsteller nicht mit einander überein; Einige halten sie für einen schlimmen Ausgang der Krankheit, Andere glauben, dass sie auch nach dem gutartigsten Scharlach erscheine. Diese seröse Ergiessung kann in allen Organen, oder nur in einer gewissen Reihe von Organen stattfinden. Sie kann plötzlich oder allmälig eintreten, aber in allen diesen Fällen ist sie nur die Wirkung einer und derselben Ursache. Die Hautwassersucht erscheint gewöhnlich in der 2ten oder 3ten Woche der Desquamation; ist sie allgemein und tritt sie sehr schnell ein, so kann sie in sehr kurzer Zeit tödten; eine Sache, die sich leicht begreifen lässt, da das Lungengewebe sehr leicht ödematös wird und unvollständige Respiration zur Folge hat. Der Meinung, dass diese Affektion nur Folge einer plötzlichen Erkältung sei, kann ich nicht in allen Stücken beitreten. Die Engländer, welche sich in der neueren Zeit wohl zu sehr mit der Bright'schen Krankheit beschäftigt haben, und dieselbe zu sehen glauben, wo sie gar nicht existirt, haben sich auch weitläuftig über die Verbindung des Scharlachs mit *Nephritis albuminosa* ausgelassen. In diesem Falle, sagen Rilliet und Barthez, haben sie Grund gehabt, die Beobachter auf diesen Punkt aufmerksam zu machen, indem sie versichern, dass *Nephritis albuminosa* häufig bei Wassersuchten nach Scharlach vorkomme. An der grössern Hälfte meiner hydropischen Kranken, von denen mehr als ¾ an Hautwassersucht litten, konnte ich, theils während des Lebens, theils nach dem Tode, eine charakteristische Verletzung der Nieren wahrnehmen. Da nun *Nephritis albuminosa* überdies sehr häufig mit Wassersucht endigt, so darf man ihr wohl einen bedeutenden Einfluss auf die Bildung derjenigen Wassersucht nicht absprechen, welche nach Scharlach zu folgen pflegt. Die häufigste Form ist Anasarka; ihr folgt zunächst *Oedema pulmonum*, alsdann seröse Ergiessung in die Becken- oder *Bauchhöhle*."

„Auch ist es nicht selten, dass sich Scharlach mit Gehirnzufällen komplizirt, die gewöhnlich so schwer sind, dass sie einen tödtlichen Ausgang der Krankheit bedingen, während sie, nach den Resultaten der pathologischen Anatomie, nichts weiter als die Folgen einfacher Kongestionen nach den Hirnhäuten zu sein scheinen. In allen diesen Fällen muss man seine ganze Aufmerksamkeit auf den Zustand des Pulses richten, sich von jeder Fieberbewegung Rechenschaft geben, die, wenn sie existirt, nicht mehr den einfachen Kongestionszustand anzeigt, sondern schon die Wirkung der Entzündung ist. — Sobald sich mit Scharlach irgend eine Entzündung seröser Häute komplizirt, was häufig genug geschieht, so nimmt dieselbe fast immer den subakuten Charakter an, oder hat wenigstens einen Verlauf, der zur rein akuten Form der primären Entzündung in keinem Verhältniss steht. Ferner sind seröse Entzündungen immer viel häufiger, als Eiterung oder Bildung von Pseudomembranen. Die seröse Sekretion nähert sich einigermaassen dem Anasarka, der Infiltration, oder dem Oedem der verschiedenen Organe, von denen ich oben gesprochen habe. Der Vollständigkeit wegen werde ich die anderen Komplikationen nur beiläufig erwähnen, z. B. Gelenkentzündung, Parotitis, Abszesse, Blutflüsse. Letztere sind selten, doch giebt es einige merkwürdige Fälle dieser Art, und ganz neulich theilte Duhamel der *Société de médecine pratique* einen sehr seltenen Fall von Scharlach mit, das in Verbindung mit einer bedeutenden Hämorrhagie einen jungen Menschen befiel, und denselben schon nach wenig Tagen tödtete."

„Ohne Komplikationen von Seiten der zum Leben wesentlichen Organe ist der Scharlach im Allgemeinen eine leichte Affektion, so lange er einen regelmässigen Verlauf hat, und die Vorhersagung ist im Ganzen günstig. Im Vergleich zu Masern machen denselben nur seine Komplikationen furchtbar. Er ist aber immer gefährlich, und man muss eine ungünstige Prognose stellen, sobald Gehirnzufälle hinzukommen, und überhaupt sobald Ataxie eintritt. Adynamie ist nicht immer bedenklich, noch ist sie unbedingt tödtlich. Und selbst wenn Störungen im Nervensystem eingetreten sind, so muss man, sagen die Schriftsteller, noch zwischen denen unterscheiden, welche von der Seelenthätigkeit ausgehen, und zwischen denen, die durch das lokomotorische System hervorgebracht werden. Ein Scharlachkind, das sehr unruhig ist, delirirt, ohne Aufhören schreit, oder im Koma liegt, ist schwer krank; während wenig Hoffnung übrig ist, wenn es ausserdem noch Kontrakturen, Konvulsionen und Paralyse hat. Selten sieht man

Krankheiten geheilt werden, die ähnliche Symptome während dem ersten oder zweiten Septenarium der Krankheit zeigen. Man verwechsele aber diese Symptome nicht mit Gehirnzufällen, die in einem weit vorgerücktern Zeitraume erscheinen, und die nach Scharlachhautwassersucht folgen; diese scheinen von geringerer Bedeutung zu sein, als die vorhergehenden."

„Behandlung. Ich werde mich hier nur darauf beschränken, einige Worte über die Behandlung der Hauptkomplikationen zu sagen. — Die Komplikationen des Scharlachs mit Bronchitis, Pneumonie, Pleuritis, Gastritis und Enteritis müssen so energisch behandelt werden, als wenn gar keine Eruption der Haut stattfände; eben so ist es mit der Entzündung des Gehirns und der Gehirnhäute. Die Behandlung der Angina ist einfacher, wenn sie leicht ist und keine Anzeichen vorhanden sind, dass sie heftiger werden könnte; man bedarf daher nicht des Aderlasses, sondern nur der erweichenden Kataplasmen um den Hals, oder Gurgelwässer aus schleimigen Dekokten, oder man spritzt dieselbe Flüssigkeit in die Fauces. Ist die Angina sehr heftig, so wendet man entweder Blutegel oder blutige Schröpfkröpfe, und wenn das Alter und die Konstitution des Kindes es zulässt, einen Aderlass an. In der exsudativen Angina sind Blutentziehungen, wie schon erwähnt, von geringem Nutzen, man kommt viel besser mit örtlichen Mitteln aus. Bei der gangränösen Angina haben mir zu Anfange Brech- und Abführmittel immer die besten Dienste geleistet, so lange nämlich Magen und Darmkanal nicht entzündlich affizirt waren. Später ist die Anwendung tonischer Mittel sowohl innerlich als äusserlich von grossem Nutzen. Ich wende gewöhnlich ein kamphorirtes Chinadekokt mit dem vierten Theile einer Auflösung von Chlornatrum an, oder die Labarraquesche Flüssigkeit, entweder zum Gurgeln, Einspritzen, oder lasse damit einzelne Stellen blos befeuchten."

„In dem Falle, welcher uns zu diesen praktischen Bemerkungen Veranlassung gab, waren mit der Angina keine so erschwerenden Umstände verbunden, und daher nur ein Expektativverfahren nöthig. Nicht so verhielt es sich mit der Bronchitis bei demselben, deren Heftigkeit so bedeutend war, dass man einige Blutegel auf die Brust setzen und zweimal eine leichte Purganz anwenden musste, um die Symptome der Entzündung gänzlich zu beseitigen, deren Fortdauer die Konvaleszenz verzögert oder selbst den Ausgang zweifelhaft gemacht haben würde. — Wird das exanthematische Fieber von Erscheinungen der Ataxie begleitet, so ist der Fall immer schwer, und keine

lebhafte Reaktion zu erwarten. Blutentziehungen sind hier selten vortheilhaft, man ist nur auf laue Bäder beschränkt, die zuweilen fast kalt sein können, oder man bedient sich der einfachen Waschungen mit frischem Wasser. Oft habe ich mich auch mit Nutzen der kalten Uebergiessungen bedient; sie sind allerdings ein sehr kräftiges Mittel. Die Methode der Behandlung durch kalte Uebergiessungen hat sich seit einigen Jahren sehr grossartig entwickelt, und der Erste, der sie in Gebrauch zog, war ein englischer Arzt, Herr Currie, der zu Anfange dieses Jahrhunderts eine Scharlachepidemie behandelte, und mit dieser Methode 150 Kranken das Leben rettete. Ohne zu behaupten, dass man solche grosse und fortwährende Erfolge immer damit erreichen wird, halte ich die kalten Uebergiessungen und Waschungen, unter Umständen wie ich sie angezeigt habe, für ein Mittel, dessen Nutzen durch kein anderes Heilverfahren erreicht wird."

„Zum Schluss habe ich noch einige Worte über die Behandlung desjenigen Scharlachs zu sagen, zu dem sich Symptome eines ausgesprochenen adynamischen Fiebers gesellen. Sobald vom Beginn der Affektion an ausserordentliche Hinfälligkeit stattfindet, das Exanthem blass ist, der Puls kaum fühlbar, die Kranken von Ueblichkeiten und Erbrechen gequält werden, so wende ich äusserlich Derivantia und innerlich tonische Mittel an, welche allein die geeignetesten Mittel zu sein scheinen. Soll bei Anasarka die Kälte in Anwendung kommen, so untersuche man vorher genau, ob nicht irgendwo eine innere Entzündung stattfindet, die dieser Affektion zum Grunde liegt. Auch gebe man sich über den Kräftezustand Rechenschaft, denn es giebt eine Menge robuster und vollblütiger Individuen, bei welchen solche Infiltrationen eher durch ein antiphlogistisches Verfahren und Blutlassen verschwinden, als durch Purganzen, harn- und schweisstreibende Mittel, die zur Heilung des Oedems angewandt werden. Kalomel nach dem Rath englischer Aerzte, Rizinusöl, schwefelsaure Magnesia, *Oxymel squillit.* und Digitalis entsprechen hinreichend allen diesen Indikationen."

IV. Das Wissenswertheste aus den neuesten Zeitschriften und Werken.

1. Ueber die unvollkommene Entwickelung der Lungen im jugendlichen Alter, und deren Folgen, von Dr. Barlow.

Nichts ist unstreitig für die Aetiologie und Behandlung einer grossen Klasse chronischer und organischer Krankheiten von grösserer Wichtigkeit, als die Kenntniss derjenigen Affektionen, welche aus einer mangelhaften Entwickelung einzelner Organe des Körpers hervorgehen; wodurch wiederum andere Organe entweder zu einer grössern Thätigkeit und normwidrigen Entwickelung angeregt, endlich desorganisirt werden, oder Störungen im Kreislaufe eintreten, die bedenklich und zuweilen tödtlich sind.

Abweichungen von der normalen Grösse finden besonders in den Lungen, der Leber und den beiden Seiten des Herzens statt, deren erster Anfang, oder wenigstens deutliche Wahrnehmung, gewöhnlich in die früheste Jugend fällt: einer Zeit, in welcher Veränderungen in dem relativen Volumen und den Funktionen der Leber und der Lungen eintreten, die der grösseren Entwickelung derjenigen Theile entsprechen, welche ihr Blut durch die *Vena cava* unmittelbar in das Herz ergiessen, in Vergleich zu denen, welche es demselben durch das Pfortadersystem zuführen. Es werden daher die ersteren gleichsam auf Kosten der letzteren Organe entwickelt. Sind die Lungen und das Herz gesund, findet in den Luftwegen kein Hinderniss statt, ist die Brust hinreichend weit, so geht eine solche Veränderung ohne alle Störung vor sich, und die volle Ausdehnung der Brust, als Resultat dieser Veränderung, gilt bei Künstlern und Physiologen für den Ausdruck von Gesundheit und Kraft. Findet aber das Gegentheil statt, dehnt sich die Lunge nicht vollkommen aus, ist der Brustkasten klein, sind die Luftwege verstopft oder verengt, oder ist die Lunge krank, der Kreislauf durch Herzkrankheit gestört, oder es mangelt im Herzen das relative Verhältniss der Kavitäten und Orifizien unter einander, oder die Extremitäten des Körpers sind zu schnell entwickelt, so können natürlich diese Veränderungen entweder gar nicht eintreten, und die Leber behält, im Vergleich zu dem übrigen Körper, ihre ursprüngliche Grösse, der Unterleib bleibt dick, die Brust eng, die Respiration unvollkommen, das Wachsthum der Extremitäten hört auf, und sie wer-

den ödematös, — oder die Lunge leidet an Blutüberfüllung, oder sie ist zu hastig in ihren Funktionen, oder das Herz selbst wird ergriffen und erkrankt am Ende, weil keine freie Zirkulation mehr stattfindet.

Die Richtigkeit dieser Ansichten sucht B. durch mehrere ausführliche Krankengeschichten und Obduktionsberichte nachzuweisen. Gewöhnlich war es um das 10te oder 11te Jahr, dass man eine besorgliche Dyspnoe oder Palpitation wahrnahm, deren Begleiter eine Reihe von Symptomen wurde, die alle in Beziehung zu einem mangelhaften Respirationsapparat oder zu Hindernissen im Kreislaufe standen, und bald mit Unterbrechungen und Eintritt scheinbaren Wohlseins, oder mit schneller Aufeinanderfolge zu Anasarka, Aszites und frühzeitigem Tod führten, der gewöhnlich im 16ten, 18ten oder 20sten Jahre erfolgte. Das Geschlecht schien hierbei keinen Unterschied zu machen, und nur ein Fall ist mitgetheilt, wo die Kranke das 42ste Jahr erreicht hatte.

Der Obduktionsbefund ist summarisch folgender: Eine kleine, den Jahren nicht angemessene Statur; zu kurze Extremitäten im Vergleich zum Rumpfe; enger, zusammengedrückter Brustkasten; weder äussere Zeichen der Pubertät, noch bei Mädchen eine beginnende Entwickelung der Brust, oder Menstruation bei gehörigem Alter. Der Bauch dick, der übrige Körper mager. Die Kranken hatten ein livides Ansehen, und litten an Anasarka oder Aszites.

In der Brusthöhle fand man gewöhnlich die Lungen klein, unvollkommen ausgedehnt und ihre Zellen nicht gehörig entwickelt; die vordere Fläche derselben war gewöhnlich blutleer und blass oder flekkig wie bei *Apoplexia pulmonum*, und leicht krepitirend; die hintere Fläche war fest und in einem Kongestionszustande, aber ohne tuberkulöse Desorganisation. Die Bronchi und Trachea waren gewöhnlich eng und zusammengedrückt. In mehreren Leichen fand man Spuren früherer Entzündungszustände der Lungen, und in einem Falle war es konstatirt, dass der Verstorbene als Laufbursche zu wiederholten Malen an Bronchitis gelitten hatte. Die ganze rechte Herzhälfte wurde immer hypertrophisch, sehr erweitert und ihre Wandungen verdickt gefunden, und alle diese Theile, sowohl des Herzens als der Lungen, befanden sich in einem Zustande venöser Kongestion, der um so leichter eintreten musste, da die, wegen Kleinheit der Bronchi und Trachea, nur sehr wenig ausgedehnten Lungen den vermehrten Zufluss des Blutes nicht aufnehmen konnten. Die Leber war in den meisten Fällen sehr gross, von dunkler Farbe, und reichte oft bis weit unter

den Nabel herab; beim Einschneiden war sie hart und zeigte die gefleckte muskatnussähnliche Verderbniss. Die Milz war ebenfalls hart, rund, ein wenig hypertrophisch und dunkler in ihrer Farbe. Diese Anhäufung von Blut in der Leber und Milz, und folglich im ganzen venösen System, ist nicht weniger die Folge der Stagnation in dem oberen Blutreservoir, als sie die mittelbare Folge des lividen Ansehens und der Wasseransammlung in der Haut oder dem Bauche ist. Das Pankreas fand man gesund, und gewöhnlich eine oder auch beide Nieren hypertrophisch und gesund; ein Beweis, wie thätig dies Organ während des Lebens hatte sein müssen.

Behandlung. Dass die Behandlung bei ausgebildeten Krankheitszuständen dieser Art nur eine paliative sein kann, geht aus der Natur der Sache hervor; anders ist es mit den Vorschriften zur Verhütung derselben, und hier giebt eine genaue Kenntniss des Ursprunges und der Fortschritte dieser Affektionen die besten Fingerzeige.

Es ist sehr häufig, dass Kinder im 11ten oder 12ten Jahre kurzathmig werden und einen quälenden Husten bekommen, während sie roth und wohl im Gesicht aussehen; man hält die Kinder von der Schule zurück, wendet diese und jene Maassregeln an, Dinge, die an sich alle recht gut sind, wonach das Kind auch Erleichterung spürt. Nach einiger Zeit kehrt es aber zur Schule zurück, es treten die Verhältnisse wieder ein, unter denen es vorher lebte, und mit ihnen die alten Zufälle; dann trösten sich wohl die Eltern und Lehrer damit, dass der Knabe es auswachsen, oder das Mädchen es verlieren werde, wenn bei ihr eine gewisse Veränderung eintritt. Diese Erwartung wird aber zufällig nicht erfüllt, besonders wenn die Kinder unter ungünstigen Verhältnissen leben, oder das körperliche Missverhältniss zu gross ist: wenn der Knabe anstatt sein Uebel auszuwachsen, aufhört überhaupt zu wachsen; wenn die erwartete Veränderung in dem Mädchen nicht eintritt; dann sind die Folgen Hypertrophie der rechten Herzhälfte und Hinderniss in der Zirkulation; — oder der Knabe wächst einigermaassen sein Uebel aus, oder es scheint für einige Zeit so, und das Mädchen entwickelt sich wirklich bis zur Jungfrau; allein Husten und Dyspnoe, zuweilen mit asthmatischen Anfällen (Hysterie junger Mädchen), befallen sie in kürzeren oder längeren Zwischenräumen, werden später anhaltender, und endlich permanent: so haben sie nur entweder einen frühzeitigen Tod, oder ein Leben voller Qual und Hinfälligkeit zu erwarten.

Hieraus ergiebt sich, dass die Prophylaxis nur in der frühesten

Jugend und vor der Zeitperiode der vollen Entwickelung der verschiedenen Regionen und Organe des Körpers von Nutzen sein kann. Es kommt daher Alles darauf an, zu bezwecken, dass der Respirationsapparat sich vollkommen entwickele, dass eine regelmässige und angemessene Thätigkeit der ausscheidenden Organe stattfinde, oder dass jeder venöse Kongestionszustand durch gehörige Beaufsichtigung der Gesammtzirkulation vermieden werde.

Der Aufenthalt in reiner Luft ist daher die erste und wesentlichste Bedingung; denn eine kohlenstoffhaltige, oder mit den Ausdünstungen faulender organischer Stoffe geschwängerte Atmosphäre beschränkt nicht nur die gesunde Thätigkeit der Lungen, sondern wirkt auch als direkter Reiz auf das Leberorgan, während reine Luft der natürliche Stimulus für die Respirationsorgane und folglich auch für deren gesunde Entwickelung ist. Aber auch anhaltend sitzende Beschäftigungen, Ueberfüllung der Schlaf- und Schulräume mit zu vielen Kindern, der Mangel einer regelmässigen Ventilation und angemessener Temperatur, die Vernachlässigung der täglichen Bewegung in freier Luft, zu heisse Zimmer, und vor Allem das Zusammenpressen der Brust durch Schnürleiber und Kleidungsstücke, sind mannigfache Ursachen, durch welche die freie Entwickelung der Lungen und Luftwege gehindert, und in der Jugend der Grund zu einer schlechteren Gesundheit für das reifere Alter gelegt wird. — Eine regelmässige Bewegung des Körpers giebt dem Gefäss- und Muskelsystem Kraft und Elastizität, beschleunigt die venöse Zirkulation, und bringt eine stärkere Thätigkeit der Lungen hervor; werden aber diese Leibesübungen übertrieben, so sind sie die Veranlassung zu Blutüberfüllungen in der rechten Herzhälfte. Daher müssen alle diejenigen Bewegungen vermieden werden, wonach Herzklopfen oder ein livides Ansehen entsteht. Singen und lautes Lesen sind aus gleichen Gründen zu empfehlen, so lange sie das rechte Maass nicht überschreiten. — Dass es von grosser Wichtigkeit ist, in der Kindheit und frühen Jugend auf den Zustand der aussondernden Organe besonders zu achten, bedarf keiner weiteren Erwähnung, wohl aber, dass man auch hierin vorsichtig sein muss, um diesen Zweck zu erreichen, da eine Ueberreizung leicht zu Desorganisationen führt. Findet man, dass den Ausleerungen zu wenig Galle beigemischt ist, oder glaubt man, das Pfortadersystem befinde sich in einem Kongestivzustande, so ist eine Quecksilberpurganz am zweckdienlichsten; nie wende man sie aber ohne Noth an. Eben so achte man darauf, dass eine freie und reichliche Urinabsonderung statt-

finde; ist sie hinreichend, so vermeide man Alles, was dieselbe vermehren kann; findet aber das Gegentheil statt, so bediene man sich nur der allermildesten Mittel; B. empfiehlt zu diesem Behuf das *„Imperial Drink"* (ein Getränk aus *Crem. Tart., Sacchar.* und *Cort. Aur.* mit heissem Wasser bereitet), oder als kräftigeres Mittel *Kali acet.;* findet aber gleichzeitig Unordnung in der Herzthätigkeit statt, so bediene man sich der Digitalis in schicklicher Gabe, als Infus. oder Tinkt. — Auch die Hautfunktion darf nicht vernachlässigt, sondern muss durch angemessene mässig warme Kleidung unterstützt und die Hautzirkulation durch gelinde Friktion befördert werden. Ferner regulire man die Quantität der zu geniessenden Flüssigkeiten, da sie schnell in das Pfortadersystem aufgenommen werden, und bei zu grosser Menge leicht für die rechte Seite des Herzens beschwerlich werden können. Die Anwendung von Arzneimitteln beschränkt sich lediglich nur darauf, die Zunahme des schon bestehenden Missverhältnisses zu verhindern. Es ist daher die erste Indikation, die Leber, Nieren und Haut zu einer grösseren Thätigkeit anzuregen, und so die Lungen zu befreien. Eine zweite besteht darin, dass man die Thätigkeit des Herzens beaufsichtigt, und jede Störung, die möglicherweise durch allgemeine oder örtliche, besonders von den grösseren Venenstämmen ausgehende Blutüberfüllung entstehen könnte, sogleich beseitigt, und endlich durch die oben erwähnten Maassregeln dazu beiträgt, dass die Entwickelung mangelhafter Organe vorwärts schreite. Auf welche Weise allen diesen Indikationen am besten Genüge zu leisten ist, muss grösstentheils der Einsicht des behandelnden Arztes überlassen bleiben. Verbindungen aus Kalomel, Digitalis, Kampher und Hyoszyamus sind immer noch am bewährtesten befunden worden. Eben so sind kleine Blutentziehungen zuweilen sehr nützlich, da die Kranken entweder an *Apoplexia pulmonum* sterben, zu welcher Blutüberfüllungen der rechten Herzhälfte Veranlassung geben, oder der Tod dadurch herbeigeführt wird, dass aus zu grosser Herzthätigkeit die Häute der Arterien verletzt werden. Die palliative Behandlung beruht lediglich darauf, dass man das Lungenorgan durch vermehrte Thätigkeit der Exkretionsorgane so viel wie möglich frei zu machen sucht. (***Guy's Hospital Reports.*** ***Vol.*** **6.** ***No.*** **13.**)

---

2. Ueber die schädlichen Wirkungen des *Tart. stibiatus* bei kleinen Kindern, von D. Noble.

Antimonium ist ein Arzneimittel, dessen Wirkungen, eben so wie die des Quecksilbers, von gewissen Idiosynkrasieen und körperlichen Zuständen des Kranken zur Zeit der Anwendung abhängen. Einige Kranke vermögen 2 — 3 Gr. *Tart. stibiat.* stündlich zu nehmen, ohne merkliches Unwohlsein, während $\frac{1}{8}$ Gr. bei andern schon Ueblichkeit und Erbrechen erregt. Dass unter gewissen Umständen *Tart. stibiat.* als ein Gift wirken kann, scheint von den Schriftstellern über Toxikologie allgemein angenommen zu sein; er veranlasst alsdann entweder Entzündung oder Vereiterung im Darmkanal, oder wirkt durch seine deprimirende Einwirkung auf das Herz vermittelst der pneumogastrischen Nerven und der *Medulla oblongata*, oder beide Wirkungen treten gemeinschaftlich ein. Alle Schriftsteller stimmen damit überein, dass solche Erscheinungen nur nach grossen Gaben des Mittels eintreten, und doch sollte man, nach der unsichern und verschiedenartigen Wirkung des Mittels zu urtheilen, *a priori* glauben, dass es sehr schwer sei, diejenige kleinste Gabe zu bestimmen, welche unter keinen Umständen als Gift wirkt. So erzählt Herr Goodlad in einer Sitzung der *Manchester medical Society:* er habe mehrmals beobachtet, dass 1jährige Kinder bei dem Gebrauche von nicht ungewöhnlich grossen Gaben *Tart. stibiat.*, unter Zeichen grosser Erschöpfung, auf eine unerklärbare Weise plötzlich gestorben wären. Folgender Fall wird dasselbe bestätigen: Ich wurde kürzlich zu der 11 Monate alten Tochter sehr achtbarer Eltern gerufen. Das Kind war von der Geburt an ununterbrochen gesund gewesen, war sehr kräftig und wohlgebaut, und hatte, als es einige Wochen alt war, eine kleine Dosis Rizinusöl, sonst aber nie Arznei bekommen. Ich besuchte die kleine Patientin unmittelbar nach der Aufforderung, und fand sie in einem Zustande grosser Erschöpfung, mit kaum fühlbarem Pulse, einer sehr schnellen und beschwerlichen Respiration. Sie war eben aus einem warmen Bade genommen worden, und als ich die Eltern mit dem Zustande bekannt machte, erwiederte man mir, dass sie sich nur von den Wirkungen des warmen Bades erhole, und dass sie erst vor 3 Wochen entwöhnt worden sei. Bei fortgesetzter Untersuchung fand ich, dass das Kind in der verflossenen Nacht angefangen hatte zu brechen, worauf Durchfall eingetreten sei, dass man gegen Morgen eine Dosis Rizinusöl gegeben habe, worauf die Diarrhoe noch stärker

geworden wäre, dass das Kind aber im Verlauf des Vormittags besser und munterer geworden sei; es hatte aber nur kurze Zeit gedauert, und die Diarrhoe war auf das Heftigste wieder eingetreten, es hatten sich Schmerzen hinzugesellt, so dass es nun völlig erschöpft dalag. Ich untersuchte genau, ob an den vorhergegangenen Tagen irgend ein Diätfehler vorgefallen sei, aber nichts der Art war geschehen, seit der Entwöhnung hatte es nur eine einfache und passende Nahrung erhalten; endlich ergab sich, dass am Abend, als das Erbrechen eingetreten war, man eine kleine Quantität Brechwein gegeben hatte. Da ich den Fall für eine heftige Gastroenteritis hielt, und ein schneller Tod durch Erschöpfung zu fürchten war, so liess ich das Kind warm halten, verordnete kleine Gaben Graupwasser oder Sagoschleim, und ging nach Hause, um eine schleimige Arznei mit Hyoszyamus zu bereiten. Kaum hatte ich meine Wohnung erreicht, als mir auch schon der Tod des Kindes gemeldet wurde.

Obduktionsbericht. Es zeigten sich deutliche Spuren von Gastroenteritis mit geringer Strukturveränderung. Der Darmkanal bis zum unteren Theile des Ileums war nicht affizirt, hier aber fand ich deutliche Spuren von Entzündung, mit Auflockerung der *Glandulae solitariae* und der Darmfollikeln, die sich der Ulzeration näherten, in Form von umschriebenen Flecken zeigten, und dasselbe Ansehen hatten, wie diejenigen im Typhusfieber mit Intestinalreizung. Der Dickdarm war gesund. Kopf und Brust erlaubten die Eltern nicht zu öffnen. — Es unterliegt keinem Zweifel, dass in diesem Falle die unvorsichtige Anwendung des Brechweins den Tod zur Folge hatte, da sich bei seiner Anwendung die Schleimmembran des Magens schon in einem gereizten Zustande befand, den die vorhergegangene Entwöhnung sehr gut veranlasst haben kann. Mehrere ähnliche Fälle sind mir später von anderen Aerzten aus ihrer eignen Praxis mitgetheilt worden, und es ist daher wohl rathsam, die grösste Vorsicht zu empfehlen, wenn das Mittel bei ganz jungen Kindern angewandt werden soll. (*Provincial medical Journal.*)

---

3. Ueber Stomatitis.

Die ***Stomatitis membranosa,*** die von Bretonneau beobachtet und beschrieben worden, ist endemisch in den Niederlanden, unter einem nebeligen Himmel, ein halbes Jahr hindurch vom September bis April. — Man beobachtet sie häufig; sie befällt die unteren Klassen des Volkes, denen es an gehöriger Nahrung und Kleidung mangelt, und die nicht im Stande sind, sich vor der Kälte zu schützen. Fast immer hat sie ihren Sitz an der inneren Seite der Wangen, am entsprechenden Rande der Zunge, nur auf einer Seite, selten auf beiden; sie charakterisirt sich durch eine weissliche, gelbliche oder graue, pulpöse, weiche Pseudomembran, die einer tiefen ulzerirten Fläche, mit Hospitalbrand komplizirt, ähnlich sieht. Der Zustand der Schleimhaut in der Umgegend vermehrt noch dieses Aussehen; sie ist roth, angeschwollen, wie die Ränder einer Wunde. Die Ulzeration ist nur scheinbar, wie es die Untersuchung schon längst nachgewiesen; aber der Schmerz ist nichtsdestoweniger gross, bald stellt sich Hitze und Anschwellung ein.

Verschiedene Behandlungsweisen sind vorgeschlagen worden; die Antipholigistika, allein angewandt, sind schädlich; man muss zur Applikation von Blutegeln schreiten, wenn das Uebel, im Beginn vernachlässigt, eine ausgebreitete Anschwellung, eine bedeutende Röthe u. s. w. hervorgerufen hat; doch muss dies immer mit Maass geschehen.

Die Behandlung Bretonneau's durch Alaun, *Acid. hydrochloricum,* führt bald eine merkliche Besserung herbei; indessen ist das erstere Mittel im Vergleich zum zweiten von geringer Wirkung, und letzteres hat seine Unnehmlichkeiten, seine Säure macht die Zähne stumpf und lose, und verhindert lange Zeit hindurch, sie gehörig brauchen zu können. Diese Zustände haben den Dr. Guépratte bewogen, die Verordnungen zu modifiziren, und das Pulver, welches er anwendet, bewirkt schnelle Heilung, und beseitigt den fötiden, für die Umgebung höchst unangenehmen Geruch aus dem Munde gleich am ersten Tage. Die Formel ist folgende:

℞ *Pulv. cort. Chin.* ʒj,
Calcar. chloric.,
Carbon. pulverat. āā ʒß.
M.

Dieses Pulver wird drei- oder viermal täglich mittelst eines Federkiels eingeblasen, *oder mit* einem Spatel auf die ergriffene Stelle gebracht.

Die der Zunge zukommende Sensibilität wird dadurch beeinträchtigt, dies ist der einzige Vorwurf, den man ihm machen kann.

Eine Limonade von *Cremor Tartari*, einige leichte, gelinde abführende Mittel unterstützen seine Wirkung. Schorfbildende Mittel sind nicht immer nöthig, und selten braucht man sie mehr als zwei- oder dreimal anzuwenden. (*La clinique de Montpellier.*)

---

4. Ueber den Heftpflasterverband bei Hernien der Kinder und bei Knochenbrüchen von Individuen jedes Alters.

Bereits im Jahre 1841 hatte Dr. Chabrely auf die Vortheile aufmerksam gemacht, welche Heftpflasterverbände in Fällen darböten, wo es darauf ankommt, auf gewisse Punkte des Körpers, wie z. B. auf die Nabelgegend der Kinder bei Nabelbrüchen, einen permanenten Druck ausüben zu lassen, ohne jedoch selbst von diesem Mittel bei Hernien Gebrauch gemacht zu haben. Ein anderer Arzt, M. de Balestrier, scheint indessen seinen Wink wohl benutzt und das Klebepflaster nicht nur bei Nabel-, sondern auch bei Leistenbrüchen der Kinder mit dem besten Erfolge angewendet zu haben. Chabrely hat nun im *Bulletin médical de Bordeaux* die Aufmerksamkeit der Praktiker von Neuem auf diesen Gegenstand gelenkt, und sich bei dieser Gelegenheit auf die von Balestrier mitgetheilten Beobachtungen berufen. „Der Verfasser", sagt er, „führt in seinem Bericht zwei Fälle von *Hernia umbilicalis* an, die auf diese Weise geheilt wurden. In dem einen wurde die Heilung in einem Monat erzielt. Derselbe betraf ein kleines Mädchen von 7 Monaten, das einen Nabelbruch von der Grösse einer Nuss hatte. Der Verband war folgender: Auf den Nabelring legte man eine Halbkugel von Wachs, die ungefähr 2 Centimeter im Durchmesser hatte, und befestigte dieselbe mittelst 4 bis 5 runder Heftpflasterstücke, von denen das obere immer grösser war, als das untere; alsdann umgab man das Ganze mit einer Zirkelbinde von demselben Material, die 3 bis 4 mal um den Leib ging. Dieser Verband lag den ganzen Monat hindurch fest, ohne sich je zu verrücken oder locker zu werden, und als man ihn nach Verlauf dieser Zeit abnahm, war die Nabelnarbe vollständig zurückgetreten, und die kleine Kranke geheilt."

Auch in zwei Fällen von *Hernia inguinalis* bediente sich Balestrier des Heftpflasters mit glücklichem Erfolg. In dem einen,

welcher ein Kind von 2 Monaten betraf, wurde der Verband in ähnlicher Weise wie beim Nabelbruch angelegt. Eine Halbkugel von gelbem Wachs wurde auf den Leistenring gebracht, und mittelst Heftpflasterstreifen von 6 — 7 Centimeter Länge und von verschiedener Breite befestigt, welche letztere so gelegt waren, dass die einen eine vertikale, die anderen eine horizontale Richtung hatten, und also einander durchkreuzten; dabei waren erstere schmaler als letztere, so dass sie zusammen eine Art graduirter Kompresse bildeten. Alsdann wurde das Ganze mittelst einer Zirkelbinde von Klebepflaster, die in Achtertouren um das Becken und zwischen die Oberschenkel hindurch geführt wurde, befestigt. Dieser Verband lag, ohne sich zu verrücken, 40 Tage lang, und als man ihn abnahm, war der Bruch vollständig geheilt, und trat derselbe auch später nicht wieder hervor.

Diesen Beobachtungen reihet Chabrely drei Fälle von Knochenbrüchen an, in denen er selbst, trotz der ungünstigen Umstände, die dabei obgewaltet, vollständige Heilung erzielt hat. Der eine dieser Fälle betraf ebenfalls ein Kind, das bei einem Falle einen Bruch der beiden Vorderarmknochen, ungefähr 6 Centimeter vom Handgelenk entfernt, erlitten hatte. Nachdem die Reposition bewirkt worden war, legte Chabrely einen vorläufigen leichten Verband an, um die Theile in ihrer Lage zu erhalten, bestreute dann das Glied drei Tage hindurch mit gepulvertem Kampher, dem, um die Schmerzen zu lindern, einige Centigrammen Morphium beigemischt waren, und am 4ten Tage, nachdem die Geschwulst hinlänglich abgenommen hatte, wurde der eigentliche Verband angelegt. Dieser bestand in einem länglichen, 3 Queerfinger breiten Streifen Heftpflasters, mit dem man 3 bis 4 Zirkeltouren um den Arm machte, in der Art, dass dadurch die Bruchenden dicht und fest aneinander gehalten wurden. In der Richtung der Supination und Pronation wurden graduirte Kompressen gelegt und diese durch eng angezogene, rings um den Arm gehende Heftpflasterstreifen, die in Zwischenräumen von 4 Centimeter angelegt wurden, befestigt. Alsdann hüllte man den Vorderarm in Watte ein, legte den Kompressen gegenüber 2 Schienen an, und befestigte diese mittelst 4 breiter Pflasterstreifen, umwickelte dann den ganzen Arm, von den Fingern bis zur Achselgrube, mit einer starken, jedoch nicht sehr fest angezogenen Zirkelbinde, und brachte endlich den Vorderarm in eine Mitella, wie man dies gewöhnlich bei derartigen Brüchen zu thun pflegt.

Alle diese Verbandstücke blieben einen ganzen Monat liegen, ohne

Genesung darbietet. Andere Ursachen haben hier unstreitig dazu beigetragen, die bei der Sektion gefundenen Alterationen hervorzurufen. Hierzu gehören die Fraktur und die lange andauernde Unbeweglichkeit, welche die Behandlung derselben erforderte, eine Ursache, mit deren Einfluss auf den Zustand der Flüssigkeiten und der einzelnen Theile des Gelenks uns eine neue Abhandlung von Teissier in Lyon bekannt gemacht hat. (*Provincial medical Journal.*)

---

6. Ueber die Anwendung der Koschenille im Keuchhusten.

Wir haben schon früher die Versuche erwähnt, welche Dr. Wachtl in Wien über die Wirksamkeit der Koschenille im Keuchhusten angestellt hat (s. Bd. II. Heft 1. dieses Journals). Aehnliche Versuche hat nun auch Dr. Dieudonné gemacht, und zwar mit so glücklichem Erfolg, dass er die Koschenille jetzt für ein wahres Spezifikum, jedenfalls für das beste Mittel hält, das in der genannten Affektion angewendet werden könne.

In dem zu Brüssel erscheinenden *Journal de Médecine* hat er mehrere seiner Beobachtungen mitgetheilt und den Gegenstand überhaupt ausführlich erörtert. Wir wollen hier Einiges davon anführen.

Zunächst bemerkt er, dass die anzuwendende Koschenille dieselbe sei, deren man sich in der Färberei zur Hervorbringung der Scharlach- und Karmoisinfarbe bedient, und dass man dieses Mittel bereits früher gegen den Keuchhusten gebraucht habe, es aber in der neuern Zeit ganz in Vergessenheit gerathen sei. Hierauf führt er 9 Fälle an, in welchen die Koschenille mit dem besten Erfolg angewendet worden ist. Der erste Fall betraf ein Mädchen von 6½ Jahren, das seit vier Wochen am Keuchhusten litt, der so heftig war, dass täglich wenigstens 30 Paroxysmen eintraten. Die Belladonna war bereits eine längere Zeit hindurch gegeben worden, ohne jedoch irgend eine günstige Veränderung im Krankheitszustande hervorzubringen. Dagegen hatte die *Asa foetida,* in Form von Klystieren angewendet, eine schnelle und bedeutende Besserung zur Folge gehabt, so dass die Kranke bald der vollkommenen Genesung entgegen sehen zu können schien, als plötzlich ein Rückfall eintrat und die Paroxysmen wieder heftiger wurden als je. Da dieses Mal auch die *Asa foetida* wirkungslos blieb, so

verordnete Dr. Dieudonné, nach dem Vorgange Wachtl's, die Koschenille, und zwar in folgender Form:

℞ *Coccinell.* ℈j,
Kali carb. gr. xv,
Aq. fervid. ℥iv,
Syr. flor. Aurant. ℥j.
MDS. Täglich 4 Theelöffel voll.

Acht und vierzig Stunden nach dem Beginn des Gebrauches dieser Mischung hatte der Keuchhusten bereits viel von seiner früheren Intensität verloren; die Nacht war ziemlich gut vorübergegangen, und es waren nur drei leichte Hustenanfälle eingetreten. Die Mixtur wurde daher fortgegeben, und sie äusserte auch ferner eine so gute Wirkung, dass die Paroxysmen von Tage zu Tage an Frequenz und Intensität abnahmen, in der Art, dass nach achttägiger Behandlung nur noch ein rein katarrhalischer, seltener Husten übrig geblieben war, und auch dieser verlor sich bald vollständig.

In den übrigen Fällen waren die Resultate eben so günstig, und traten meist auch überraschend schnell ein. In einem Falle, wo die erwünschte Wirkung länger als gewöhnlich auf sich warten liess, glaubte Dieudonné dies der schlechten Bereitung des Mittels zuschreiben zu müssen und liess es daher in einer anderen Apotheke anfertigen, und in der That genas das Kind auch bald, nachdem es nur einige Dosen des zweiten Präparats genommen hatte. Der Verfasser schliesst seinen Aufsatz mit folgenden Bemerkungen:

„Die Koschenille ist ein um so schätzenswertheres Mittel, als sie den Kindern nicht unangenehm ist, die sie im Gegentheil gern nehmen, wenn sie nur in einer hinlänglich versüssten Mixtur gegeben wird. Sie ist kein heroisches Mittel, in dem gewöhnlichen Sinne dieses Wortes, indem man keine nachtheilige Wirkung auf den Organismus von ihr zu fürchten hat. Uebrigens hängt der Erfolg der Behandlung grossentheils von der Dosis und der Form ab, in welcher das Mittel gegeben wird. Ich meinerseits habe mich gewöhnlich folgender Formel bedient:

℞ *Coccinell.* gr. xv — xx,
Kali carb. gr. x — xv,
Aq. fervid. ℥iij,
Syr. flor. Aurant. ℥j.

„Von dieser Mischung giebt man Kindern unter einem Jahre den ersten Tag 4 Theelöffel voll, und in den folgenden Tagen verstärkt

man allmälig die Dosis, bis man zuletzt alle 2 Stunden 1 Theelöffel voll verabreicht. Bei älteren Kindern beginnt man gleich mit der letzteren Dosis. In der Regel reichen diese Gaben hin, um die Krankheit sich schnell zum Bessern wenden zu sehen; ist dies aber nicht der Fall, oder schreitet die eingetretene Besserung nicht mehr vor, so kann man getrost grössere Dosen dieses unschädlichen Mittels nehmen lassen."

„Zuweilen tritt die Besserung schon am ersten Tage, häufiger aber erst nach 36 oder 48 Stunden ein; sie giebt sich durch eine merkliche Verminderung der Anfälle, die zugleich auch kürzer und gelinder werden, so wie durch die grössere Leichtigkeit kund, mit welcher die Expektoration von statten geht. Nach einigen Tagen verliert der Husten seinen spastischen Charakter und nimmt den rein katarrhalischen an. In dieser mildern Form dauert er noch einige Zeit fort, so jedoch, dass innerhalb 24 Stunden selten mehr als 3 oder 4 leichte Anfälle erfolgen. Allmälig wird er noch gelinder und seltener, und nach 10 Tagen verschwindet er gewöhnlich ganz, wenn man nur Sorge trägt — und diese Vorsicht halte ich für sehr wesentlich — den Gebrauch der Koschenille nicht zu früh aufhören zu lassen." (*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques.* April 1844.)

---

7. Ueber die Behandlung der Cephalämatome.

Dr. Zoehrer, Wundarzt am Findelhause zu Wien, stellt eine Ansicht über das Cephalämatom auf, die besondere Beachtung verdient, denn sie gründet sich, wie er behauptet, auf mehrere hundert Fälle, die er selbst bei Kindern, die in einem Zeitraum von zehn Jahren aufgenommen wurden, beobachtet hat. Er betrachtet das Cephalämatom als Resultat einer aktiven inneren Hämorrhagie; sie verschwindet zwischen dem vierzehnten und dreissigsten Tage und lässt zwischen dem Perikranium und Knochen ein Koagulum, das später resorbirt wird, zurück; das Perikranium und die Aponeurosen des Kopfes verdicken sich und verknöchern temporär, um später ihren früheren Zustand wieder anzunehmen, oder das Koagulum ruft Entzündung und Eiterung hervor; im letzteren Falle wird der Knochen ergriffen, seine äussere Platte wird rauh und dünn, und die beiden Knochenlamellen können selbst perforirt werden; die Eiterung ist so lange zu fürchten, als die Geschwulst Blut enthält. Z. hat kein Kind von denen genesen

sehen, wo man die Oeffnung des in Eiterung übergegangenen Cephalämatoms und wo der Knochen ergriffen war, aufschob; daher hält er es für höchst nachtheilig, zu lange das Oeffnen der Geschwulst zu verzögern, wenn sie nicht schnell in Zertheilung übergeht. Meistentheils hatte das Cephalämatom seinen Sitz auf einem der Scheitelbeine, selten auf dem Hinterhaupts-, niemals auf dem Stirnbeine. Er empfiehlt aus den Nabelstrange bei Kindern, wo man bei der Geburt eine Geschwulst am Kopfe wahrnimmt, Blut zu entleeren, später lässt er die Haare abschneiden und Fomentationen mit Eiswasser machen, die man jedoch nur mit grosser Vorsicht anwenden darf, um nicht zu erysipelatösen Entzündungen Anlass zu geben; bei vorhandener Verstopfung reicht er das Kalomel; die Behandlung dauert gewöhnlich vierzehn bis zwanzig Tage. Lassen sich der Kopf und die Geschwulst leicht berühren, wenn man mit den kalten Umschlägen aufgehört hat, so kann man sicher sein, dass die Extravasation beendet und es Zeit ist, dem Koagulum einen Ausweg zu verschaffen. Zu diesem Zwecke macht er nach dem grössten Durchmesser der Geschwulst eine ziemlich grosse Inzision, um den Blutkuchen herauszulassen; ist dieser entfernt, so kann eine Hämorrhagie eintreten, die man mittelst der Tamponade stillt; dies gelingt nicht immer, wenn die Kinder schwach und kachektisch sind. Man muss nach Reinigung der Wunde eine Narbe durch *prima intentio* zu erlangen suchen; füllt sich die Geschwulst von Neuem, so muss man den Verband entfernen, um der Flüssigkeit, die nur aus reinem Serum besteht, einen Ausweg zu verschaffen. Das Wiedererscheinen der Flüssigkeit ist immer unangenehm, und beweist, dass die Theile ulzerirt sind. Ist der Knochen ergriffen, so ist der Ausgang sehr oft tödtlich. Die Behandlung der eiternden Wunde bietet keine besonderen Indikationen dar. (Oesterreichische medizinische Jahrbücher.)

---

8. Neue Beobachtungen über die Anwendung des *Argentum jodatum* als therapeutisches Mittel.

Dr. Paterson zieht das *Argentum jodatum* dem *Argentum nitricum* vor, weil es die Haut nicht schwarz färbt, wie letzteres, und diesem auf keine Weise in Hinsicht seiner heilsamen Kräfte nachsteht. Er hat es besonders in Nervenaffektionen verschiedener Art, so auch in der Chorea und *Tussis convulsiva* angewandt, und führt folgenden beachtungswerthen Fall an.

Ein Prediger hatte 8 Kinder, die fast alle zugleich von Keuchhusten befallen wurden, und deren Alter zwischen 1 und 10 Jahren variirte. Bei keinem war die Krankheit mit Bronchitis komplizirt, doch traten die Hustenanfälle mit sehr kurzen Intervallen fortwährend auf. Sobald eines von ihnen zu husten anfing, begannen auch die anderen. Bei einigen war der Husten von höchst erschöpfenden Nieseanfällen begleitet, oder diese folgten darauf; bei anderen stellte sich häufiges Nasenbluten, Erbrechen ein, und bei zweien waren die krampfhaften Erscheinungen so heftig, dass zwischen der Konjunktiva beider Augen Bluterguss stattgefunden hatte.

Die Krankheit dauerte bereits vierzehn Tage, ohne irgend eine Verminderung, als ich vier Kinder, bei denen sie sich am heftigsten zeigte, auswählte, um sie mit ***Argent. jodatum*** zu behandeln, das ich in Pillen zu gr. $\frac{1}{8}$ für die kleinen und gr. $\frac{1}{4}$ für die grösseren, 3mal täglich gab. Zugleich verordnete ich, um einen Vergleich anzustellen, der über die Wirkung des Mittels Aufschluss geben konnte, den vier anderen, wo die Affektion nicht von solcher Heftigkeit war, eine Verbindung von ***Vin. Ipecac.*** und ***Vin. Antimon.*** Nach Verlauf von vier Tagen hatten sich alle Kinder bedeutend gebessert. Die Paroxysmen waren nicht mehr so frequent und heftig; doch erfuhr ich vom Vater, dem ich eine hinreichende Menge von Pillen für die vier Kranken auf acht Tage gegeben hatte, dass er, als er die plötzliche Besserung bei denen, die die Pillen genommen hatten, bemerkte, während bei den anderen der Zustand sich nicht änderte, nach zwei Tagen auch den letzteren von den Pillen gereicht hatte. Das ***Argent. jodatum*** wurde also allen Kindern weiter gegeben, 10 Tage hindurch, nach deren Verlauf der Keuchhusten mit allen seinen Symptomen und Wirkungen gänzlich verschwunden war, und nur einen leichten katarrhalischen Husten, der bald von selbst aufhörte, zurückliess. (***Dublin medical Press.***)

V. *Verhandlungen gelehrter Vereine und Gesellschaften.*

A. *Society medical* in Sheffield.

1. Chorea durch Perikarditis erzeugt.

Dr. Favelle macht auf eine praktische Beobachtung aufmerksam, nämlich auf die Chorea, die während des Verlaufs der Perikarditis eintritt, deren Resultat sie ist, und deren Vorhandensein dadurch oft übersehen wird. Das gleichzeitige Vorkommen dieser beiden, bisher so verschiedenen Krankheiten muss nicht weniger in Erstaunen setzen, als das der Chorea und der Würmer oder jedes anderen im Darmkanal vorhandenen Reizes. Nachdem F. darauf mehrere Beispiele zur Unterstützung seiner Behauptung angeführt, berichtet er über einen merkwürdigen, von Dr. Bright in den *Transactions médico-chirurgicales* mitgetheilten Fall, dann über einen zweiten von Dr. Yonge in den *Guy's Hospital Reports* veröffentlichten, und führt endlich zwei von ihm selbst beobachtete an, deren hauptsächlichste Züge wir mittheilen wollen. Im März 1841 wird eine junge verheirathete Frau von 21 Jahren in das Hospital von Sheffield aufgenommen, die an Chorea in einem so hohen Grade litt, dass sie weder sitzen, noch aufrecht stehen, noch liegen konnte, und die konvulsivischen Bewegungen waren so stark, dass nicht weniger als zwei Personen nöthig waren, um sie im Bette festzuhalten. Sie hatte lange Zeit an einem Rheumatismus gelitten, in Folge dessen sie über Palpitationen klagte, die die Chorea herbeiführten.

Bei ihrer Aufnahme war das Bewusstsein ungetrübt, die Respiration normal; sie klagte nur über sehr heftigen Kopfschmerz und über jene Palpitationen. Sie war verstopft, hatte geringen Appetit, eine belegte Zunge, einen Puls von 96 Schlägen, der regelmässig und von mässiger Stärke war. Die mit Sorgfalt untersuchte Wirbelsäule bietet in ihrer ganzen Länge nicht die geringste Empfindlichkeit beim Druck dar; die Herzgegend giebt bei der Perkussion keinen sehr matten Ton, doch hört man hier ein Reibungsgeräusch. Nach Verlauf von 3 Tagen stirbt die Kranke.

Bei der Sektion findet man nur Veränderungen am Herzen. Die äussere Oberfläche des Herzens ist sehr injizirt und adhärirte fast an der linken Pleura; die Menge der im Perikardium enthaltenen Flüssig-

keit war nicht grösser als im normalen Zustande, die seröse, das Herz bekleidende Haut war nahe an der Basis des linken Ventrikels stark geröthet, so wie die, welche sich über die grossen Gefässe hinzieht.

Der zweite Fall betrifft einen Knaben von 9 Jahren, der schon seit sechs Monaten krank war, als er in das Hospital aufgenommen wurde, über Husten, Dyspnoe, Palpitationen des Herzens klagte. Die rechte Seite der Brust gab einen normalen Ton bei der Perkussion, während die linke etwas matter tönte; hier hörte man bei dem ersten Herztone ein in die Länge gezogenes und starkes Blasebalggeräusch bis an den Rand des Brustbeins. Puls von 120 Schlägen, regelmässig. Einige Zeit vorher hatten sich bei dem Kinde choreaartige Bewegungen einer Körperhälfte eingestellt, die so heftig wurden, dass er fast nicht gehen und nichts an den Mund bringen konnte. Nachdem dieser Zustand eine Zeitlang angedauert hatte, fingen die unteren Extremitäten zu schwellen an, und die konvulsivischen Bewegungen nahmen allmälig ab. Das Bewusstsein blieb bis zum Tode, der zwei Monate nach der Aufnahme des Kranken ins Hospital erfolgte, ungestört.

Bei der Sektion fand man nur folgende Veränderungen: Das äussere Blatt des Perikardiums sehr injizirt und mit der Pleura auf der einen Seite, mit dem inneren Blatte auf der anderen, von der Basis bis zur Spitze des Herzens verwachsen, so dass man beide Blätter nur mit sehr grosser Schwierigkeit trennen konnte. Auch ist das Herz bedeutend hypertrophisch und sein Gewebe etwas erweicht. Das *Orificium auriculo-ventriculare* im rechten Ventrikel und die Trikuspidalklappe sind normal, die Mitralklappe hingegen sehr verdickt und hart.

Nachdem Dr. Favelle noch mehrere Beobachtungen Andral's, Bouillaud's und Anderer mitgetheilt hatte, wo konvulsivische Affektionen verschiedener Muskelgruppen bei mit Perikarditis behafteten Individuen beobachtet worden, schliesst er mit der praktischen Bemerkung: „Es ist wichtig, in allen heftigen und plötzlich eintretenden krampfhaften Affektionen das Herz genau zu untersuchen."

---

2. Erweichung des Magens bei einem plötzlich gestorbenen Kinde.

Dr. Favelle giebt ausführlich Nachricht über einen Fall von Erweichung des Magens mit Erosion, den er vor einiger Zeit beobachtet hat. Das Kind, ein Jahr alt, schien von Geburt an sich einer guten

Gesundheit zu erfreuen. Zwei oder drei Tage jedoch vor seinem Tode gaben ihm die Eltern, obgleich es sich wohl befand, ein kleines Mittel, in Folge dessen der gewöhnliche Zustand wieder eintrat. Am zweiten Abend legte man es zu Bette, ohne dass es im geringsten zu leiden schien; es schlief ruhig, aber zwischen 12 und 1 Uhr fand es die Mutter todt. Die Sektion wurde zwei Tage darauf gemacht. Es zeigte sich nicht die geringste Spur von Fäulniss. Leber, Darmkanal, Milz waren normal. Der Magen, der an der Kardia eine grosse Oeffnung hatte, war so erweicht, dass er bei der geringsten Berührung zerriss; die ganze *Portio cardiaca* war in eine gelatinöse Masse verwandelt. Die Schleimhaut der anderen Theile war ganz normal beschaffen. — Nachdem Dr. Favelle die hauptsächlichsten Ansichten über die verschiedenen Ursachen der Erweichung der Magenschleimhaut mitgetheilt, erklärt er, dass der abnorme Zustand hier erst nach dem Tode sich gebildet haben kann. Die vollkommene Gesundheit des Kindes und seine Fülle des Körpers, die zusehends zunahm, waren wohl hinreichend zum Beweise, dass kein chronisches Leiden des Digestionsapparats stattgefunden; man muss also annehmen, dass der abnorme Zustand des Magens durch die Einwirkung des Magensafts sich gebildet habe. Die Ursache des Todes scheint F. gesonnen einer plötzlichen Unregelmässigkeit in der Zirkulation, die wahrscheinlich durch das Offensein der *Foramen ovale*, wenn nicht bedingt, doch begünstigt worden, zuschreiben zu wollen.

B. *Royal Medical and Chirurgical Society* in London.

1. Fall von *Vitiligo infantilis.*

Gregory stellte derselben ein 13 Monate altes Kind vor, welches zuerst in dem Alter von 4 Monaten auf der Haut des Halses weiche, weissliche Erhabenheiten bekam, die sich allmälig über den Rücken und einen grossen Theil des Unterleibes ausbreiteten. Sie haben die Grösse einer Erbse, einige auch die einer Oblate, und sind an ihrer Oberfläche zum Theil mit kleinen Schorfen bedeckt. Gregory bringt diesen Ausschlag mit der Dentition in Zusammenhang, und ist der Ansicht, dass derselbe, so wie der Strophulus und andere Hautaffektionen, einem wichtigen Zwecke im kindlichen Organismus diene, indem die Gefässthätigkeit, die sich in solchen Fällen auf der Haut-

oberfläche kundgiebt, gleichsam als Ableitungsmittel von den inneren Organen diene. Aus diesem Grunde glaubte auch Gregory keine eingreifenden Mittel verordnen zu dürfen, sondern begnügte sich, mit Rücksicht auf einen bedeutenden Schwächezustand des Kindes, mit kleinen Dosen von Rheum und *Ferrum carbonicum.*

Dr. Kerrison gab an, vor mehreren Jahren einen ganz ähnlichen Fall beobachtet zu haben, der gleichfalls ohne alle konstitutionelle Störungen verlief, und keiner Behandlung bedurfte.

Dr. Gregory hat dieser Affektion den Namen *Vitiligo infantilis* gegeben. Es ist indess sehr die Frage, ob dieser Ausschlag wirklich in die Kategorie der von Willan und Bateman mit dem Namen Vitiligo bezeichneten Exantheme gehört; die Bläschen- und Schorfbildung auf einigen der weisslichen Hauterhebungen scheint gegen diese Annahme zu sprechen.

---

2. Ueber Lungentuberkeln bei Kindern, nebst einigen Bemerkungen über die Lungenschwindsucht derselben.

Herr Green theilte der Gesellschaft eine Abhandlung und tabellarische Uebersicht von 180 Fällen von Lungentuberkeln mit, in welcher derselbe die Eigenthümlichkeiten auseinandersetzte, durch welche sich die Lungenschwindsucht der Kinder von derjenigen bei Erwachsenen unterscheidet, ohne eine vollständige Geschichte der Phthisis im jugendlichen Alter geben zu wollen.

Die Hauptunterschiede der Phthisis bei Kindern bestehen darin, dass bei ihnen die Tuberkulosis einen weit grösseren Flächenraum in den Lungen einnimmt als bei Erwachsenen, dass sie sich viel schneller entwickelt und häufiger mit tuberkulösen Krankheiten anderer Organe komplizirt ist. Nachdem G. kurz die verschiedenen Arten der Lungentuberkeln bei Kindern angeführt hatte, deutete er auf einige statistische Folgerungen, welche sich aus seiner tabellarischen Uebersicht ziehen lassen. Die Komplikationen, welche diese Lungentuberkeln eingehen, sind zahlreich und mannigfaltig; er zeigte, in welchem Verhältnisse dieselben zu der Tuberkelkrankheit anderer Organe stehen, indem er die Resultate seiner Untersuchung mit der von Louis über Tuberkulosis bei Erwachsenen verglich. Die Symptome der Krankheit lassen sich nach ihm auf zwei Arten derselben zurückführen: die *eine befällt* Kinder von 10 — 14 Jahren und steht der bei Erwachse-

nen am nächsten; die andere entwickelt sich in viel jüngeren Kindern und zeigt manche Eigenthümlichkeiten. Tritt sie nämlich in der akuten Form auf, so stirbt der Kranke viel früher als sich Kavernen in den Lungen bilden, während die weit- und schnellverbreitete Ablagerung entweder Hydrocephalus oder Meningitis, Pleuritis, Peritonitis oder tuberkulöse Geschwüre im Darmkanal erzeugt. Hat sie aber die chronische Form angenommen, so sind die Zeichen der Höhlenbildung ebenfalls häufig nicht vorhanden, die Ursache davon kann theils der Sitz der Exkavation sein (mittlerer und unterer Lappen), theils ihre gewundene Form oder die Kleinheit der Bronchien. Die Behandlung beschränkt sich mehr auf ein Palliativverfahren, obgleich unter günstigen Umständen es häufiger ist, den Fortschritten der beginnenden Krankheiten in diesem Alter Einhalt zu thun, als bei Erwachsenen.

C. *Pathological Society* in Dublin.

Vorfall eines Darms durch die Bauchwandungen während eines Stickhustenanfalls.

Herr Adams theilte der Gesellschaft diesen ungewöhnlichen Fall um so mehr mit, da er zugleich das Präparat und einen Gipsabguss der Theile *in situ* vorzeigen konnte. — Ein 10jähriges, schwächliches, sehr abgemagertes und vernachlässigtes Kind, das an Pottscher Verkrümmung des Rückens und an einer Intrainguinal-Hernie litt, an deren Stelle sich äusserlich ein Abszess mit fistulöser Oeffnung gebildet hatte, verfiel in einen Keuchhusten, durch welchen, während eines heftigen Anfalls, der Darm hervorgetrieben wurde. A. fand das Kind in der Behausung seiner armen Eltern auf dem Rücken liegend, mit angezogenen Beinen, heftigem Erbrechen und allen Zeichen einer Peritoneal-Entzündung, während in der rechten Inguinalgegend Darmpartbieen hervorgetrieben waren. Nach der Erzählung hatte das Kind in der vergangenen Nacht heftig gehustet, bald darauf einen plötzlichen Schrei gethan, und beim Nachsehen waren die hervorgetriebenen Theile von der Mutter entdeckt worden. Der zur Zeit hervorgetriebene Theil des Darms war entzündet, sehr empfindlich und äusserlich mit einer schmutzig-aschfarbigen Lymphe bedeckt. Dem Versuche der Reposition folgte ein noch stärkeres Hervordrängen des Darms, so dass um Mittag das vorgefallene Stück einen Fuss lang war; es hatte eine dun-

kel livide Farbe und die Reposition war unmöglich. Um 8 Uhr des Abends war das Kind kalt, ohne Besinnung und der Fall hoffnungslos; dennoch beschloss man noch einmal die Taxis zu versuchen, ohne auf einen glücklichen Erfolg zu rechnen, da alle ungünstigen Umstände zusammentrafen. A. in Verbindung mit Dr. Hutton betrachteten den Fall wie eine Bauchwunde mit vorgefallenen Eingeweiden und Striktur der inneren Oeffnung, die getrennt werden musste. Zu dem Ende sollte eine kleine Inzision gemacht werden; das heftige Herumwerfen des Kindes machte aber jeden Versuch unmöglich. Nach der blossen Trennung des äusseren Ringes die Reduktion zu versuchen, würde eben so wenig zu einem Resultat geführt haben, da ja das Hinderniss die innere Striktur war. Es ist dies ein seltenes Beispiel, wie heftig die Wirkungen des Keuchhustens unter geeigneten Umständen sein können, zugleich auch, wie durch das Sträuben des Kranken jeder Reduktionsversuch unmöglich gemacht wird, was sich ebenfalls bei Personen ereignet, die in der Trunkenheit am Bauche verwundet worden, und irgend ein Theil vorfällt. In Beziehung auf die Trennung der Strangulation ist Sir A. Cooper's Vorschlag, bei Hernien die Striktur nach oben zu durchschneiden, vollkommen richtig, weil eine Inzision nach unten in diesem Falle die *Art. iliaca,* nach innen aber die *epigastrica* verwundet haben würde. In einem ähnlichen Falle würde A. den ganzen Kanal blosslegen, und so die innere Oeffnung erweitern.

VI. Miszellen und Notizen.

Zur pathologischen Anatomie der Cyanose. In dem anatomischen Museum des George Langstaff in London befinden sich mehrere Präparate von Missbildung des Herzens, wo während des Lebens Cyanose vorhanden gewesen war. Die Beschreibung derselben, welche man im Katalog der Sammlung findet, lautet folgendermaassen:

In dem Herzen eines achtjährigen Knaben zeigten sich die Höhlen sehr erweitert und das Muskelgewebe von sehr fester Beschaffenheit. Nahe an drei Unzen Wasser enthielt der Herzbeutel, das *Foramen ovale* war offen, die *Valvula mitralis* verkürzt und verdickt, die *Valvula Eustachii* sehr gross und netzförmig. Die Aorta und ihre Gefässe waren sehr ausgedehnt, die halbmondförmigen Klappen

derselben und der *Arteria pulmonalis* verdickt. Von Geburt an bot der Knabe alle Symptome des Hydrocephalus dar, mit denen, die auf eine Missbildung des Herzens hindeuteten, verbunden; die Lippen waren von livider Röthe, die Haut kalt, der Puls voll und unregelmässig; zugleich fand bedeutende Dyspnoe statt. Er wurde vom Keuchhusten befallen, Konvulsionen kamen hinzu und er gab in einem dieser Anfälle seinen Geist auf. Der Kopf war ungemein gross; die Arachnoidea und Piamater sehr verdickt, und zwischen ihnen eine milchartige Flüssigkeit ergossen; die Gefässe des Gehirns waren mit Blut überfüllt und die Gehirnsubstanz selbst sehr hart; das *Septum lucidum* und der Fornix erweicht; vier Unzen Flüssigkeit in den Seitenventrikeln; der dritte Ventrikel war mit Wasser angefüllt, welches auf die *N. optici* drückte.

Ferner befindet sich daselbst das Herz eines zehnjährigen Knaben. Von Geburt an waren die Symptome einer Missbildung des Herzens vorhanden; die Haut war bläulich gefärbt, der Puls gewöhnlich sehr voll und unregelmässig. Vierzehn Tage vor dem Tode wurde er von einer heftigen Skarlatina befallen; es stellte sich *Purpura haemorrhagica* fast über den ganzen Körper ein, worauf Hydrothorax und Aszites folgte. In beiden Brusthälften fand sich eine beträchtliche Menge seröser Flüssigkeit; die Lungen waren ödematös und theilweise hepatisirt; vier Unzen Flüssigkeit im Herzbeutel; das Herz bedeutend vergrössert, zeigte ein sehr unregelmässiges Aussehen, die Spitze war abgestumpft. Die Wände des linken Ventrikels waren verdickt, die Höhle sehr erweitert, die Mitralklappe sehr verdickt. Am oberen Theil und in der Mitte des *Septum ventriculorum* befindet sich eine Oeffnung, ungefähr von der Grösse eines Schillings, wodurch eine freie Kommunikation zwischen den Ventrikeln stattfindet. Zwei von den Aortaklappen hängen sehr fest an ihrem oberen Theile und sind etwas verdickt. Die Aorta, so wie die Koronar-Arterien sind sehr ausgedehnt; das *Foramen ovale* offen, die *Fossa ovalis* vertieft, der *Ductus arteriosus* obliterirt, die Wände des rechten Ventrikels verdickt, derselbe erweitert, die Trikuspidalklappe verdickt, die *Arteria pulmonalis* ausgedehnt.

Es ist bewunderungswerth, dass der Kranke bei solcher Missbildung des Herzens so lange gelebt hat.

Einer neuen Behandlungsweise der ***Tinea favosa*** bedient sich Dr. Colson, nachdem er sich von der Wirksamkeit derselben im Militairlazareth zu Utrecht zu überzeugen Gelegenheit hatte. Die Haare werden so kurz als es möglich ist, abgeschnitten; dann bedeckt man den Kopf 2—3 Tage hindurch mit erweichenden Kataplasmen, und reibt ihn, wenn alle Krusten abgefallen sind, zweimal täglich mit einer Salbe aus Fett, Schwefelblumen und pulverisirter Holzkohle ein. Diese Einreibungen bringen nach etwa 3 Wochen eine solche Erweichung der Kopfschwarte hervor, dass man sie bequem nach allen Richtungen hin in Falten legen und die Haare mit Leichtigkeit und ohne Schmerz zu verursachen, herausziehen kann. Das Letztere erreicht man am besten durch festklebende Heftpflasterstreifen, die, wenn man sie abreisst, fast das Ansehen der Haarbürsten darbieten. Nach 14 Tagen ist gewöhnlich der Kopf frei von Haaren, und die noch hier und da übriggebliebenen kann man mit der Pinzette oder dem Finger leicht entfernen. In der Regel bemerkt man dann Röthungen der Haut an den Stellen, welche der Ausschlag eingenommen hatte, die aber durch Einreibungen einer Salbe aus ℥iv Fett, ʒj *Hydr. praecip. rubr.* und ℥iß *Flor. sulphur.* leicht entfernt werden. (*Journal de médecine et de chir. prat.* Januar 1844.)

Ueber die Skarifikation des Zahnfleisches in der Dentitionsperiode spricht sich Marshall Hall ungefähr folgendermaassen aus: Die Spannung und Irritation des Zahnfleisches über der durchbrechenden Zahnspitze kann nicht allein die Ursache jener drohenden Zufälle sein, die wir so häufig in jener Periode beobachten. Die Quelle derselben liegt vielmehr in dem Zustande des gesammten Zahnsystems, den man mit Recht einen subinflammatorischen nennen kann. Die Nerven der Zähne selbst, nicht die des Zahnfleisches, sind der Heerd, von welchem die Reflexerscheinungen ausgehen.

M. Hall stellt daher die praktische Regel auf, nicht blos an der Zahnspitze, sondern auch an der Basis derselben das Zahnfleisch zu skarifiziren, und führt zu seiner Unterstützung einen Fall auf, in welchem die Einschneidung des Zahnfleisches auf diese Weise augenblicklichen Erfolg hatte, obwohl bereits die Spitzen sämmtlicher Zähne durchgebrochen waren. So lange noch Fieber, Unruhe, Neigung zu Konvulsionen anhalten, muss diese örtliche Blutentleerung täglich, in dringenden Fällen selbst zweimal, wiederholt werden. (*The Lancet.*)

Stillung des Nasenblutens bei kleinen Kindern. Dr. Morand in Tours wendet folgendes Verfahren an: Es wird ein Stück Feuerschwamm (*Agaricus*) zusammengerollt, in der Form und Grösse, dass man die Nasenöffnung damit ausfüllen kann, ein Faden locker darum gelegt, um das Aufrollen zu verhindern, und nachdem man es mit Fett bestrichen hat, so hoch als möglich in die Oeffnung eingeführt; das Herausfallen wird durch vorgelegtes Heftpflaster verhindert. Während der Schwamm nun mit Blut und Schleim imprägnirt wird, wirkt er durch Druck auf die umgebenden Theile, und die Blutung hört in einigen Minuten auf. Unterstützt wird die Wirksamkeit dieses Verfahrens durch Aufrechthalten der Arme und kalte Umschläge auf die Stirn. Eben so wird man bei Zeiten der etwa eintretenden Erschöpfung durch geeignete Mittel zu Hülfe zu kommen suchen. (*Recueil des Travaux de la Soc. médic. du depart. d'Indre et Loire.*)

Genu valgum. Diese Deformität ist, nach Dr. Little, eine Folge der Rhachitis; sie beginnt mit Erschlaffung der Bänder des Gelenks und der nahe gelegenen Muskeln. Die innere Seite des Knies ist weniger geschützt als die äussere, daher die Einwärtsbeugung. Sie ist entweder mit einer fast unmerklichen, oder sehr bedeutenden Krümmung des Unterschenkels, und oft zugleich mit Umbeugung des Fussgelenkes nach Innen verbunden. Der innere Kondylus des Oberschenkels tritt sehr hervor, und wird zuweilen unförmlich vergrössert, während der äussere in der Entwickelung zurückbleibt. Der Kopf des Schienbeins erscheint ungewöhnlich breit; die innere Fläche ist zuweilen erhöht, oder hat eine eckige Hervorragung, ähnlich einem schlecht geheilten Bruche dieses Knochens, und befindet sich ungefähr 2 — 3 Zoll unter dem inneren, oberen Rande desselben. Hat diese Deformität eine beträchtliche Zeit gedauert, so wird das fibröse Gewebe an der äusseren oder konkaven Seite des Gelenks in seiner Struktur so verändert, dass es sich verkürzt. Da nun dies Gewebe hauptsächlich aus den fibrösen Ausbreitungen des *Biceps femoris*, des *Vastus externus* und den seitlichen Ligamenten des Kniegelenks besteht, so kommt es auch vor, dass eine ihrer Form nach ganz ähnliche Strukturveränderung bei jungen Leuten dadurch hervorgebracht wird, dass sie genöthigt sind, entweder sehr lange zu stehen, oder bis zur Uebermüdung zu gehen. Die erstere Form ist nachtheiliger. Auch können zuweilen *Springen, Fallen,* oder andere zufällige Verletzungen des Knies

dazu Veranlassung geben. Hinsichtlich der Behandlung bedarf es bei der aus Rhachitis entstandenen Deformität, nach Heilung der Hauptkrankheit, der Anwendung mechanischer Hülfsmittel und gelegentlich der Tenotomie. Oft ist die Rigidität und Verkürzung des Gewebes der entgegengesetzten Seite des Knies so wenig nachgiebig, dass die mechanische Behandlung Monate lang fortgesetzt werden muss, ehe man einigen Erfolg sieht. In einem solchen Falle ist die Tenotomie vorzuziehen und nach erfolgter Zikatrisation die mechanische Behandlung weiter fortzusetzen, und zwar so lange, bis sich die Gelenkflächen an die Veränderung ihres gegenseitigen Verhältnisses gewöhnt, und die geschwächten Muskeln die gehörige Kraft wieder erreicht haben. H.

Ursachen der Rhachitis. Dr. Gerin ist im Begriff eine ausführliche Abhandlung über Rhachitis herauszugeben, deren Werth besonders darin bestehen wird, mit Hülfe seiner reichhaltigen Sammlung von Präparaten, von welchen mehrere Zeichnungen dem Werke beigefügt werden, die Ursachen nachzuweisen, durch welche entweder Rhachitis oder Tuberkulosis erzeugt werden. In Folge von *Versuchen* an Hausthieren, bei welchen derselbe Rhachitis durch unpassende Nahrung künstlich erzeugte, ist er zu der Meinung gekommen, dass Rhachitis die Folge unschicklicher Nahrungsmittel sei, Tuberkulosis aber durch Mangel an Nahrung überhaupt erzeugt werde. Sollte diese Ansicht die richtige sein, so würde sie zu manchen Verbesserungen in der Diät der Kinder und zur Verhütung dieser Krankheit Veranlassung geben.

H.

Prolapsus ani ist eine sehr häufige Affektion kleiner Kinder, die, nach der Menge der empfohlenen Heilmittel zu urtheilen, nicht selten die Erfahrensten in Verlegenheit gesetzt hat. Auch in der Charité-Poliklinik kommt dieser Zufall häufig vor, und wir beobachten ihn gewöhnlich entweder in Verbindung mit blutigen Durchfällen, bei *Constipatio alvi*, oder bei kachektischen, skrophulösen und solchen Kindern, die nach schweren Krankheiten genesen, in welchen der Darmkanal hauptsächlich mit affizirt war. Das Mittel, dessen sich der Geh. Rath Barez seit einer Reihe von Jahren mit dem glücklichsten Erfolg bedient, ist *Extr. Nucis vomicae aquosum*, in steigender Gabe von 1 — 4 Gr. (in einem schleimigen Vehikel, gewöhnlich *Decoct. Salep*, so dass innerhalb 24 Stunden eine Gabe verbraucht

wird), mit Berücksichtigung des Alters, der Veranlassung und der dadurch bedingten Nebenumständen, da entweder der Reizzustand des Darmkanals bei einigen dieser Krankheiten eine Nebenbehandlung erfordert, oder die Relaxation der Sphinkteren bei den übrigen Krankheiten die unmittelbare Anwendung des Mittels zulässt. Die vermeintliche Einwirkung dieses Mittels auf die Sakralgeflechte und der konstatirte Nutzen desselben in einigen Formen der *Incontinentia urinae* waren die Veranlassung, es bei dieser Affektion ebenfalls anzuwenden.

H.

Abgang lebender Millepedes durch Erbrechen. Ein 15jähriger Knabe klagte seit längerer Zeit über Verdauungsbeschwerden; man gab ihm endlich ein Brechmittel aus *Vinum stibiatum*, worauf er einen Theelöffel voll solcher Thierchen ausbrach. Sie waren meist lebendig, hatten aber eine mehr weisse als braune Farbe. Der Berichterstatter meint, dass der Kranke die Eier derselben mit seiner Speise verschluckt habe, die in Speck bestand, und diese Thiere häufig darinnen nisten. (*Prov. medic. Journ.*)

Die ächte Porrigo (*Tinea favosa?*) soll, nach Dr. Corrigan, in England eine sehr seltene Krankheit, und unter allen Umständen unheilbar sein; sie wird häufig mit anderen Kopfausschlägen, *Impetigo capitis, Eczema impetiginodes* und *Porrigo decalvans*, verwechselt. Wenn man durch Breiumschläge die Kopfhaut von den Schorfen befreit, so erkennt man sie leicht an den weissen harten Pusteln, die sich auf der gerötheten Hautfläche befinden; sie sind rund und haben in ihrer Mitte eine Vertiefung, ihr Inhalt ist phosphorsaurer Kalk und Albumen. Mit dieser Krankheit ist immer eine gewisse Körper- und Geistesschwäche verbunden; letztere grenzt nicht selten an Fatuität. (*Dubl. med. Journ.*)

In der Kinderklinik der Charité sind in der neuern Zeit mehrfache Versuche gemacht worden, kleine *Naevi materni* durch Bestreichen mit Jodtinktur fortzuschaffen; die Röthe der Gefässausbreitung verlor sich innerhalb 14 Tagen oder 3 Wochen, die Stelle wurde dick und teigicht, ohne dass das Kind eine Empfindung davon hatte; end-

lich verschwand auch dies, die Haut bekam die natürliche Beschaffenheit der übrigen, und die Heilung war vollendet. H.

Die Ankündigung einer 2ten vermehrten Ausgabe von G. A. Rees *The Diseases of Children, their Symptoms and Treatment, London* 1844. hat nur ein neues Titelblatt und ungefähr 10 neue Seiten der Einleitung, die Nichts einleitet; sonst ist es ganz dasselbe Buch von 1841. (*British and Foreighn med. Rev.* Juli 1844.)

VII. Bibliographie.

Cladwell, Charles M. Dr. *Thoughts on physical Education and the true mode of improving the Condition of Man. With a recommendary preface of G. Combe. Edit.* 2. *Edinburgh* 1844, 8.

Honoré Chailly, Docteur. *De l'education physique des Enfans depuis la naissance jusqu'au Sevrage. Paris* 1844, 8.

Rees (G. A.) *The Diseases of Children, their symptoms and treatment; a Treatise intended for the use of the student and junior Practitioners. London* 1844, 12. pp. 312. 5 Sh.

v. Erdmann, Dr. Franz. Der Veitstanz keine Krankheit. Allen Medizinern zur Prüfung gewidmet. Kasan 1843, 8. (10 Ngr.)

de Buchner, Dr. C. Ern. *De Omphalaemorrhagia; commentat. acad. quam ut lectionum in Universitate literaria Ludov. Maximil. habendarum licentiam nanciscatur, edidit. Monachii* 1843, 4. pp. 22.

Smith (W. Tyler). *Scrofula, its Nature, Causes and Treatment; and on the Prevention and Eradication of the strumous Diathesis. London* 1844, 8. pp. 180. 7 Sh.

Lugol, J. G. A. *Recherches et observations sur les causes des maladies scrophuleuses. Paris* 1844, 8. (2 Rthlr. 10 gGr.)

Jedes Jahr erscheinen 12 Hefte in 2 Bänden. — Gute Original-Aufsätze über Kinderkrankh. werden erbeten und am Schlusse jedes Bandes gut honorirt.

JOURNAL
FÜR
KINDERKRANKHEITEN.

Aufsätze, Abhandlungen, Schriften, Werke, Journale etc. für die Redaktion dieses Journals beliebe man kostenfrei an den Verleger einzusenden.

BAND III.] BERLIN, AUGUST 1844. [HEFT 2.

I. Abhandlungen und Originalaufsätze.

Bericht über die zu Ostern 1843 hierselbst eröffnete Kinder-Krankenanstalt, erstattet vom Arzte der Anstalt, Dr. Zettwach.

Im Laufe des vergangenen Jahres bildete sich hierselbst ein Verein von Einwohnern Berlins, behufs Gründung einer Heilanstalt für kranke Kinder. Die zu diesem Zwecke nöthigen Geldmittel wurden durch Sammlung freiwilliger Beiträge, welche in reichem Maasse eingingen, beschafft, und zu Ostern v. J. in einem geeigneten, in der Wilhelmsstrasse No. 133 belegenen Lokale zunächst 6, seit Michaeli v. J. aber 12 Betten eingerichtet. Gegenwärtig ist von dem Vereine ein eigenes Grundstück in der Pionierstrasse No. 7a. erworben, dessen Ankauf durch ein Geschenk Sr. Majestät des Königs von 4000 Rthlr. möglich gemacht wurde, und in welches die Anstalt seit dem 1. April d. J. verlegt worden ist. Dieses Grundstück besteht aus einem geräumigen Garten, einem zweistöckigen Hause und einem kleineren, einstöckigen Gebäude. Vorläufig ist nur die untere Etage des Hauses zu Zwecken der Krankenanstalt eingerichtet, und sind daselbst die nöthigen Vorkehrungen zur Aufnahme von 18 Kindern getroffen.

Die Anstalt enthält, ausser einigen kleineren Zimmern, in denen sich Wäschspinde u. s. w. befinden, vier zweifenstrige und ein einfenstriges Krankenzimmer, eine Badestube, Küche u. s. w. Das dienende Personal besteht aus 3 Krankenwärterinnen, einer Köchin und einem Boten, welche sämmtlich in der Anstalt wohnen. Für die Wärterinnen ist eine eigene Dienstanweisung, so wie eine Speiseordnung entworfen..

Die Anstalt steht unter dem Allerhöchsten Protektorat Ihrer Majestät der Königin. Die ärztliche Oberaufsicht hat der Geheime Ober-

Medizinalrath Professor Dr. Barez übernommen. Behandelnder Arzt ist der Berichterstatter.

Nach dem, von den betreffenden hohen Ministerien genehmigten Statut der Anstalt, sollen darin arme kranke Kinder hiesiger Stadt vom zurückgelegten 2ten bis 9ten Jahre, ohne Rücksicht auf die kirchliche oder bürgerliche Gemeinde, zu der sie gehören, aufgenommen werden.

Vom 1. April 1843 bis 31. März 1844 sind in der Anstalt 30 Kinder, und zwar 10 Knaben und 20 Mädchen behandelt worden. Von diesen sind:

Geheilt	11
Vor der vollständigen Heilung entlassen	3
Gestorben	4
Bestand am 1. April 1844	12
Summa	30.

Es kamen folgende Krankheiten zur Behandlung:

Pneumonia	1
Typhus cerebralis	1
Stomacace	2
Chorea St. Viti	1
Prolapsus ani	1
Meningitis tuberculosa	1
Tuberculosis acuta	1
Caries sterni	1
— femoris	1
— ossis petrosi	1
Coxarthrocace	1
Gonarthrocace	1
Paedarthrocace	1
Scrophulae externae	4
Ophthalmia scrophulosa	3
— rheumatica	1
Atrophia meseraica	1
— simplex	1
Rhachitis	4
Hemiplegia	1
Contusio pedis	1
	30.

Bemerkungen über einige Affektionen des Gehirns bei Kindern, von Dr. Marshall Hughes in London.

Das Gehirn der Kinder ist vorzugsweise Krankheiten unterworfen, die oft von der geringsten Irritation hervorgerufen werden. Diese gesteigerte Empfänglichkeit zur Erzeugung krankhafter Thätigkeit, wird allgemein der grösseren Blutmenge und frühzeitigen Entwickelung des Organs zugeschrieben. Tuberkeln, die gewöhnlich die Lungen der Erwachsenen befallen und verhältnissmässig seltener in der Schädelhöhle derselben gefunden werden, kommen häufiger im Gehirn der Kinder und in dessen Hüllen vor. Es mag freilich dem Zweifel unterworfen sein, ob bei Personen von gesunder Konstitution und ohne organische Krankheiten, tödtliche Folgen von Gehirnaffektionen oft entstehen, deren erregende Ursache weit entfernt liegt; dennoch erfolgt der Tod häufig nach Konvulsionen, nicht nur ohne irgend eine bestimmte, sichtbare, wichtige und vorhergegangene Störung, sondern es sind nicht einmal wahrnehmbare Spuren einer Krankheit nach dem Tode zu entdecken. Was ist nun die wahre nächste Ursache des Todes? Ist es daher nicht die Aufgabe, danach zu forschen, selbst wenn solche Forschungen keine genügenden Resultate geben? Es ist hinreichend, hier nur anzuführen, dass Säuglinge und Kinder, bei welchen man vorher keine Zeichen irgend einer Gehirnkrankheit wahrgenommen hat, zuweilen von heftigen und selbst tödtlichen Konvulsionen befallen werden, deren erregende Ursache eine blosse Reizung in einem entfernten Theile des Körpers zu sein scheint, z. B. entzündetes Zahnfleisch, angehäufte Fäzes im Kolon, scharfe unverdauliche Speisen im Magen oder Darmkanal, oder Würmer im Dünndarm. Es ist indessen nicht meine Absicht über diese speziellen Fälle zu sprechen, sondern nur einfach und kurz einiger Schwierigkeiten zu erwähnen, denen man im Verlauf dieser Affektion begegnet. Besonders werde ich auf zwei Formen der Krankheit aufmerksam machen, welche am häufigsten vorkommen, und welche daher, ausser ihrem inneren Interesse, von grosser Wichtigkeit sind.

Die erste Form ist das sogenannte remittirende Fieber der Kinder, das unter dem Namen Wurmfieber, Magenfieber, Hektik der Kinder u. s. w. bekannt ist, dass aber richtiger „Reizfieber der Kinder" genannt zu werden verdient, da es fast immer von einer örtlichen Reizung entsteht, und seiner Entstehung, Natur und Behandlung nach, durchaus von den remittirenden Fiebern dieses Landes und der Tropen

verschieden ist. Folgendes sind die Hauptzüge desselben: In den meisten Fällen scheint es aus Störungen im Darmkanal zu entstehen. Gewöhnlich hat einige Tage oder Wochen vorher ein leichtes Unwohlsein stattgefunden, das in Unregelmässigkeit oder krankhafter Absonderung des Darmkanals seinen Grund hatte. Zuweilen tritt es plötzlich in der Nacht ein, nach einer reichlichen Mahlzeit unverdaulicher Dinge, während das Kind in gewohnter Weise gesund zu Bette geht. Der Kranke wird von Kopfweh, hochrothem Gesicht, Erbrechen, Magen- und Bauchschmerzen befallen, die Haut ist sehr heiss und trocken, der Puls prall und schnell, die Zunge oft nur leicht belegt und feucht. Zuweilen ist öftere Neigung zu Stuhlausleerungen vorhanden, aber nur sparsam werden unverdaute, mit Schleim vermischte, oder dunkle fast schwarze, stinkende, fäkulente Stoffe ausgeleert; häufiger jedoch findet Stuhlverstopfung statt, die nur durch Medikamente, und zwar oft in viel grösseren Gaben als gewöhnlich, gehoben werden kann. — Ist das Kind am Abend oder in der Nacht erkrankt, so tritt, besonders wenn vor dem Anfalle ein Brech- oder Abführmittel gegeben worden war, gegen Morgen ein bedeutender Nachlass der *aktiven* Symptome ein, und die Fieberbewegungen hören fast ganz auf. Der kleine Kranke bleibt aber matt und schreckhaft; wird er angekleidet, so lässt er den Kopf sinken, nimmt wenig Theil an den Spielen seines Alters; oder ist er noch auf die Wiege beschränkt, so steht er ungern auf, schläft fast den ganzen Tag, ist launig und verdriesslich; während des Wachens pflückt er sich an der Nase und dem Munde. Gegen Abend kehrt das Fieber fast mit gleicher Heftigkeit zurück, und am nächsten Morgen tritt derselbe Zustand relativer Ruhe ein.

Die Behandlung dieses scheinbar schweren, gewöhnlich aber leicht bezwingbaren Unwohlseins, besteht in Entleerung der schädlichen Stoffe des Magens, durch ein schnell wirkendes Brechmittel, oder Entfernung derselben aus dem Darmkanale, durch ein wirksames nicht reizendes Abführmittel, wenn nämlich keine Zeichen bedeutender Gehirnkongestionen zugegen sind. Mit Nutzen habe ich gewöhnlich einige Gran Rhabarber mit ***Hydrarg. cum Creta*** gegeben, und nach 4 oder 6 Stunden 1 — 2 Dr. ***Ol. Ricini*** folgen lassen. Ist der Darmkanal gereinigt, so lasse ich gewöhnlich eine Salzmixtur folgen, die aus Rhabarber, Magnesia und einer kleinen Portion ***Pulv. cretac. compos.*** besteht. Je nachdem die Fieberbewegungen oder die Unordnungen im Darmkanal grösser oder geringer sind, lasse ich wohl auch gelegentlich die Abführmittel wiederholen. Gewöhnlich erfolgt die Wiederher-

stellung in einigen Tagen, wenn das Uebel neu ist und aktiv auftritt. In chronischen Fällen ist zur Wiederherstellung der Gesundheit eine längere Behandlung nöthig. In den nicht seltenen Fällen hingegen, wo die Krankheit, wenn auch nicht von Tuberkel- oder Skropheldiathese abhängig, doch damit in Verbindung steht, sind natürlich allgemeine Mittel nöthig, um die Konstitution umzuändern oder zu verbessern, und die Wiederkehr der Krankheit zu verhindern. Während des Verlaufs der Krankheit ist es besonders wichtig, eine schickliche Diät vorzuschreiben, da solche Kranke meist geneigt sind, der unschicklichsten Nahrung den Vorzug zu geben. Ist endlich die Konvaleszenz wirklich eingetreten, so muss man besonders dafür sorgen, dass weder in der Qualität noch Quantität der Speisen Uebertretungen geschehen, da besonders aus dieser Ursache es leicht geschieht, dass die Krankheit mit all ihrer früheren Heftigkeit zurückkehrt. Es ist nicht selten, dass im Verlauf der Krankheit dem Arzte plötzlich gemeldet wird, dass sein Kranker in der Nacht mit einemmale von heftigem Kopfschmerz befallen worden sei, heftig geschrieen und endlich Konvulsionen bekommen habe. Am anderen Morgen findet er denselben mit den Symptomen einer ausgesprochenen Arachnitis, nämlich heftige Schmerzen in der Stirngegend, grosse Hitze des Kopfes, Lichtscheu, kontrahirte Pupillen, Erbrechen, prallen aber nicht frequenten Puls, und andere bekannte Zeichen einer Gehirnreizung. Er zweifelt alsdann an der Richtigkeit seiner früheren Diagnose; frägt sich wohl, ob es nicht vom Anfange an eine langsam fortschreitende Meningitis oder Hydrocephalus gewesen sei, und richtet nun seine ganze Aufmerksamkeit auf das Gehirn. Es werden Blutegel, Purganzen, Blasenpflaster und Kalomel anhaltend angewandt, allein nur zu oft ohne andauernden Erfolg; endlich geht die Krankheit nach öfterer scheinbarer Besserung in Hirnhöhlenwassersucht über und der Kranke stirbt. Bei der Obduktion findet man die gewöhnlichen Folgen der Entzündung des Gehirns und seiner Membranen.

Ich werde demnach zuerst einige Fälle dieser Art mittheilen, und später des Vergleichs wegen zu den wesentlichen Erscheinungen solcher Fälle übergehen, die sich als primäre Meningitis oder Encephalitis darstellten.

Erster Fall.

E. M., ein kluges 4jähriges Kind, blond, sehr zart gebaut, und von Geburt an schwächlich, wurde vor 6 Monaten an einer Lungen-

entzündung von mir behandelt, von der sie zwar vollkommen, aber langsam genass. Man brachte sie mir von Neuem, und die Symptome ihrer gegenwärtigen Krankheit waren die gewöhnlichen eines remittirenden Fiebers, das nach mehrtägigem leichten Unwohlsein eingetreten war. Es hatte sie Kopfweh, Erbrechen und Schwäche befallen; die Haut war heiss, die Zunge belegt, der Darmkanal erschlafft, die Ausleerungen gering und unverdaut, der Puls frequent und gespannt. Sie erhielt zuerst ein Brechmittel, alsdann ein Abführmittel, kalte Umschläge auf den Kopf und eine eröffnende Salzmixtur. Einige Tage lang hörte ich nichts weiter von ihr; als ich sie wieder sah, bemerkte man eine Schwere des Kopfes und Neigung zum Schlafen. Sie klagte über keinen Schmerz, war vollkommen bei sich und konnte auf alle vorgelegten Fragen antworten; die Pupillen waren etwas erweitert, aber beweglich; die Ueblichkeit hatte aufgehört, und der Darmkanal, die Zunge und der Puls waren noch in demselben Zustande. Mehr in der Absicht um üblen Folgen im Gehirn vorzubeugen, als einem wirklichen Uebel entgegenzutreten, wurden 6 Blutegel an die Schläfe gelegt, die kalten Umschläge fortgesetzt, kleine Gaben Kalomel, und jeden Morgen ein kräftiges Abführmittel gegeben. Sie schien sehr erleichtert; die Symptome nahmen ab und verschwanden fast ganz, so dass es schien, als habe sich das Kind von einem sogenannten remittirenden Fieber erholt, bei welchem das Gehirn sympathisch mehr als gewöhnlich affizirt gewesen war, als mit einemmale alle Anzeichen einer Krankheit dieses Organs unverkennbar hervortraten; die Pupillen wurden mehr erweitert, es trat vorübergehend Strabismus ein; sie verlor zuweilen das Bewusstsein, und die Ausleerungen erfolgten unwillkührlich; es war aber keine Spur von Paralyse vorhanden. Es ist besonders zu bemerken, dass sich die Pupillen durch Lichtreiz zusammenzogen, und nach Entfernung desselben wieder erweiterten. Der Stupor nahm immer mehr zu, sie verlor alles Bewusstsein und starb am 12ten Tage der Krankheit, obgleich man Blutegel, kalte Umschläge, Blasenpflaster und selbst Brechweinsteinsalbe auf den geschorenen Kopf angewandt, Kalomel und Abführmittel reichlich gegeben hatte.

Obduktion, 24 Stunden nach dem Tode. Auf der Oberfläche des Gehirns wurde, ausser bedeutender Gefässausdehnung in der Piamater, nichts Krankhaftes weiter bemerkt. Die Seitenventrikeln enthielten ungefähr 2 Unzen eines durchsichtigen Serums. Die *Corpora striata* und Thalami waren gesund. Der vordere Theil des

Fornix und das *Septum lucidum* waren in eine flüssige Masse verwandelt, die aussah wie geronnene Milch. Tiefer hinab, zwischen den Membranen, welche die Theile innerhalb des *Circulus Willisii* bedecken, hatte sich ein trübes mit Lymphe gemischtes Serum ergossen; die anderen Theile waren gesund, und Spuren von Tuberkeln nicht aufzufinden. — Herz und Herzbeutel waren gesund; beide Pleura waren so fest verwachsen, dass man sie ohne Zerreissung der Lungen nicht trennen konnte. Zwischen und unter den serösen Häuten befanden sich eine unzählige Menge, vom Stecknadelknopf bis zur Erbse grosse Tuberkeln, die, bis auf einen kleinen schwarzen Punkt in der Mitte (wahrscheinlich verdorbenes Blut), vollkommen durchsichtig waren. Die Spitze der linken Lunge war fest und zusammengepresst, übrigens sowohl diese als die rechte Lunge frei von Krankheit und Tuberkelablagerung. Das Bauchfell zeigte einige schwache Adhäsionen am Omentum und einzelnen Stellen des Darmkanals, und war übrigens voll von halbdurchsichtigen Tuberkeln, die einen ähnlichen schwarzen Fleck hatten. — Die übrigen Organe wurden nicht untersucht.

Zweiter Fall.

Um dieselbe Zeit wurde ich zu einem vornehmen Knaben von 5 Jahren gerufen, der, wie der Hausarzt erzählte, seit 14 Tagen an einer leichten fieberhaften Affektion von ihm behandelt wurde, mit der unregelmässige und krankhaft veränderte Darmausleerungen verbunden waren. Als ich ihn, 3 Tage vor seinem Tode, sah, litt er an vollkommener Meningitis mit Ausschwitzung. Er war selten bei Bewusstsein, wenn er aber zu sprechen im Stande war, klagte er über heftiges Kopfweh in der Stirngegend; der Kopf war heiss, die Glieder wurden zuweilen von spastischen Bewegungen ergriffen, die Pupillen erweitert, das Gesicht abwechselnd roth oder blass, der Puls frequent und schwach. Da für kräftige Entleerungen das Kind schon zu geschwächt und seine Krankheit zu weit vorgeschritten war, so wurde nur der geschorene Kopf mit Blasenpflaster bedeckt, und alle 2 — 3 Stunden eine Dosis Kalomel gegeben; die Symptome der Ergiessung steigerten sich, der Knabe verlor alle Besinnung; nach einiger Zeit kehrten auf mehrere Stunden sein völliges Bewusstsein und alle seine Sinne vollkommen zurück, und belebten von Neuem die trügerische Hoffnung einer endlichen und völligen Genesung; doch mit einemmale wieder schwanden alle Kräfte, und er gab seinen Geist auf. Leider wurde die *Obduktion* nicht erlaubt.

Dritter Fall.

Ein blonder, sehr reizbarer Knabe, von $3\frac{1}{2}$ Jahren, der bis zum 2ten Jahre ziemlich gesund gewesen war, verfiel in eine sehr dunkle Krankheit, zu der sich Schwäche und Abmagerung gesellte; er wurde 4 Monat lang ohne Erfolg ärztlich behandelt, genass aber schnell durch den Aufenthalt auf dem Lande. — Ich sah ihn zuerst nach einem Falle auf den Kopf, welcher eine mit Blut unterlaufene Geschwulst zurückgelassen hatte, die ihn weder schmerzte, noch vom Schulbesuch abhielt. Acht Tage später traten Symptome eines remittirenden Fiebers ein; die Besserung verzögerte sich, und ich sah ihn zum zweiten Male. Diesmal war er blass, theilnahmlos, mit abwechselnder Röthe des Gesichts, und Hitze des Körpers. Der Kopf war nicht ungewöhnlich gross, aber an der rechten Seite der Stirn war eine bedeutende Erhöhung, die von den Eltern schon bei der Geburt bemerkt worden sein soll. Die Pupillen waren erweitert, zogen sich aber auf Lichtreiz noch zusammen; er legte oft die Hand an den Kopf, war sehr unruhig und reizbar, sprang oft auf und forderte zu trinken, legte aber sogleich seinen Kopf wie eine Last und schlaftrunken wieder auf das Kissen. Die Zunge hatte einen dicken schmutzig gelben Belag, Leibesöffnung war reichlich vorhanden, der Puls war ungleich, langsam und träge. Zwei Tage später traten Schlafsucht, Bewusstlosigkeit, Abgang von geringen schwarzgrünen Stühlen ein; die erweiterten Pupillen wurden jetzt unempfindlich, das Gesicht blass, die Extremitäten kalt, der Kopf heiss, der Puls frequent und matt; ich verordnete ein reizendes Klystir, kalte Waschungen und Kalomel. Es traten in der Nacht Konvulsionen ein, die Bewusstlosigkeit dauerte fort; am Morgen war das Gesicht heiss und roth, die Konjunktiva injizirt, die Karotiden schlugen gewaltig, der Puls am Handgelenk war hart und scharf (*serratus*). Es wurden 4 bis 6 Unzen Blut aus der *Vena jugularis* zu lassen verordnet, je nachdem der Erfolg auf den Puls sein würde, und dieser war augenfällig, denn seine Besinnung kehrte sogleich zurück, und er schien viel besser zu sein, bis gegen Abend Konvulsionen und Koma von Neuem zurückkehrten, und er starb gegen 7 Uhr am nächsten Morgen.

Obduktion, 30 Stunden nach dem Tode. Der Körper war fleischig und fett. Der Kopf allein wurde geöffnet. Man fand keine Spur von Verletzung durch den gehabten Fall, weder an der äusseren *noch inneren* Seite des Schädels. Nach Entfernung der Schädeldecke

sah man unter dem rechten Stirntheil, wo äusserlich die Erhöhung stattfand, eine Auftreibung der Membranen, in der sich klares Serum und Luft befand, letztere war wohl durch eine zufällig entstandene Wunde hineingetreten. Ueber die ganze Oberfläche des Gehirns, zwischen den Häuten sowohl als den Windungen, hatte sich eine grosse Menge Serum ergossen, wodurch selbst die Gehirnwindungen von einander gedrängt wurden. Die Piamater war sehr gefässreich, und die *Plexus choroidei* mit Blut überfüllt. In den Hirnventrikeln war nur sehr wenig Flüssigkeit. Uebrigens waren alle Theile des grossen und kleinen Gehirns gesund. Der Theil der Arachnoidea, welcher die vorderen Lappen des Gehirns bedeckt, hatte ein rauhes Fischschuppen ähnliches Ansehen, von kleinen durchsichtigen Erhabenheiten, und plastische Lymphe hatte an einigen Stellen Adhäsionen gebildet.

Fälle von rein entzündlichen Affektionen des Gehirns und seiner Häute.

J. C., ein 14jähriger Knabe, von gesundem Aeusseren und grossem Kopfe (dessen Brüder und Schwestern an Hirnkrankheiten gestorben waren), hatte sehr wohl und kräftig ausgesehen bis ungefähr 2 Monate vor meinem ersten Besuch, wo er anfing hinfällig zu werden. Er hatte sich bei grosser Sonnenhitze gebadet, war von einem Knaben geschlagen worden, und klagte seit einigen Tagen über Kopfweh. Als ich ihn sah, weinte er und klagte mir dasselbe; dabei war ihm übel, konnte sich aber nicht erbrechen; er hatte seit 3 Tagen keine Leibesöffnung gehabt; seine Zunge war ein wenig belegt und feucht, der Puls frequent und schwach; die Augen waren nicht geröthet, und er konnte das Licht und Geräusch vertragen; er hatte eine natürliche Temperatur, und auch an den Pupillen sah man nichts Krankhaftes. Ein antiphlogistisches Verfahren hatte am 3ten Tage noch keine Veränderung hervorgebracht, vielmehr war die Haut heisser und trockener geworden, und der Knabe klagte über Schlaflosigkeit. Am 4ten Tage hatte der Puls dieselbe Frequenz, das Kopfweh war stärker, in der Nacht waren leichte Delirien eingetreten bei fortdauernder Schlaflosigkeit, und im Laufe des Tages erfolgte ein epileptischer Anfall. Am achten Tage bemerkte man zuerst, dass der linke Arm und die Hand vollkommen gelähmt waren. Die Pupillen waren zwar erweitert, aber noch empfindlich gegen Licht, und das Kopfweh war andauernd dasselbe. Am 14ten Tage schien eine grosse Besserung eingetreten zu sein, er sprach ganz vernünftig mit seiner Mutter, und blieb so bis

zum Abend, wo Konvulsionen eintraten und er am nächsten Morgen starb.

Obduktion, 37 Stunden nach dem Tode. Nur der Kopf wurde geöffnet. Der Schädel und die Duramater waren natürlich. Unter der Arachnoidea befand sich kein Wasser, wohl aber ein wenig zwischen den Gehirnwindungen; die Piamater war von der Menge injizirter Gefässe ganz dunkel gefärbt, und hing fest mit der darunter liegenden Kortikalsubstanz zusammen. Das *Centrum ovale* war nicht gefleckt, noch hatte es mehr Blutpunkte als gewöhnlich. Der linke Ventrikel enthielt 2 Unzen farbloses, durchsichtiges Serum, seine inneren Wandungen und der Plexus waren blass. Das linke *Corpus striatum* sah äusserlich gesund aus, hatte aber im Innern eine dunklere Färbung und war breiartig erweicht; der linke Thalamus war natürlich. Die Theile des rechten Seitenventrikels waren vollkommen gesund, kein Wasser in denselben enthalten. Die Arachnoidea war an mehreren Stellen der Basis des kleinen Gehirns und der *Medulla oblongata* verdickt, und hatte, wegen einer Menge kleiner durchsichtiger Punkte, ein rauhes Ansehen. In der Gegend des *Circulus Willisii* waren feste, halb durchsichtige Ausschwitzungen, von welchen die *N. optici*, die *Corpora albicantia* und das Infundibulum ganz bedeckt wurden; alle diese Theile waren weicher als gewöhnlich.

S. L., ein 12jähriges, sehr intelligentes Mädchen, hatte einige Tage vor meinem Besuche einen Fieberanfall mit Erbrechen gehabt, und klagte noch über Uebelkeit, periodisches Kopfweh, brennende Hitze des Gesichts, theilweise Bewusstlosigkeit und krampfhaftes Zucken. Die Zunge war belegt, die Zungenwärzchen roth und hervorragend, die Tonsillen entzündet wie beim Scharlach; ich konnte aber nicht erfahren, ob ein Exanthem vorhergegangen war. Der Leib war verstopft; die Pupillen zusammengezogen und der Lichtreiz schmerzhaft; der Puls frequent und hart. Der Verlauf war wie in den vorigen Fällen; am 6ten Tage der Krankheit traten heftige Delirien ein, und am nächsten Morgen starb die Kranke.

Obduktion, 36 Stunden nach dem Tode. Der Körper war muskulös und fett. Nur der Kopf wurde geöffnet. Das Gehirn und dessen Häute zeigten nichts Krankhaftes; in den Seitenventrikeln waren 2 — 3 Unzen helles Serum enthalten. Der Fornix und das *Septum lucidum* waren in eine weiche, der geronnenen Milch ähnliche Masse verwandelt. Seröse Flüssigkeiten befanden sich an mehreren

Stellen unter der Arachnoidea, eben so Ausschwitzungen in der Gegend des *Circulus Willisii*.

Um jene beiden Krankheitsformen: das remittirende Fieber der Kinder und die hitzige Hirnwassersucht, näher mit einander zu vergleichen, will ich zuerst die Symptomenreihe beider, nach zwei neueren Schriftstellern, aufzählen, von denen der eine über *Hydrocephalus acutus*, der andere über das remittirende Fieber der Kinder geschrieben hat.

Man findet, sagt der Eine, die Kinder mit brennender Haut, mit Wallungen nach dem Gesicht, gerötheten Augen, sehr schnellem Puls (von 120 — 160 Schlägen), heftigem Durst, trockener Zunge, die bald einen dicken weissen Ueberzug bekommt; das Kind ist unruhig, vollkommen wach; spricht oft irre, antwortet aber noch richtig, und thut was ihm geheissen wird. Ist es alt genug, so klagt es über Kopfweh und zuweilen über Schmerzen im Leibe. Es finden sich Ueblichkeit und Erbrechen ein, wobei eine saure, übelriechende, grüngelbliche Flüssigkeit ausgeleert wird. Leibesverstopfung ist gewöhnlicher als Diarrhoe.

Die Symptome, welche der andere Schriftsteller anführt, sind: Ein Druck über den Augen, der häufig mit schmerzhaften Empfindungen im Magen und Darmkanal abwechselt, ohne dass ein eigentlicher Fieberzustand zugegen ist; dennoch können zuweilen heftige Fieberanfälle mit oder ohne Konvulsionen eintreten, denen Kongestionen, grosse Angst und Unruhe vorangehen. — Die Sensibilität des Auges ist krankhaft verändert, dasselbe ist während des Schlafs halb geschlossen; die Pupillen sind verkleinert, der Kopf heiss, die Farbe des Gesichts blass und wechselnd, die Nase trocken, die Lippen aufgesprungen; gänzlicher Mangel des Appetits, öfteres Erbrechen, das durch Bewegung vermehrt wird; ein eigenthümlicher saurer Geruch der Ausleerungen, übelriechender Athem, dumpfer Schmerz in der Magen- und Lebergegend, eingefallener Bauch, schnelle Abmagerung, hartnäckige Verstopfung, sparsamer, trüber Urin, scharfes Gehör, unruhiger Schlaf, Knirschen mit den Zähnen, grosse Schwäche, unregelmässiger Puls, schlaffe Haut.

Ich glaube, dass keine dieser Beschreibungen einen genauen und deutlichen Begriff von der Krankheit giebt, für welche sie bestimmt ist, und dass es schwer sein möchte, wenn man die Schriften nicht kennt, zu bestimmen, welche von beiden Krankheiten die Verfasser gemeint haben. *Wenn* aber ein neuerer Schriftsteller behauptet, dass

sich das einfache remittirende Fieber durchaus nicht vom ersten Stadium des Hydrocephalus unterscheiden lasse, so kann ich nach meiner Erfahrung dieser Meinung nicht beitreten. Ich halte den Hydrocephalus für eine zufällige Komplikation der primären Krankheit; denn wenn man bedenkt, dass Kinder, besonders skrophulöse, sehr geneigt zu Gehirnkrankheiten sind, dass vorübergehende Unordnungen im Magen und Darmkanal fast immer funktionelle Störungen im Gehirn hervorrufen, und dass dies Organ bei der gewöhnlichen Form des remittirenden Fiebers oft sehr bedeutend affizirt wird, so lässt sich wohl mit grosser Wahrscheinlichkeit annehmen, dass auch permanent organische Krankheiten während des Verlaufs eines so schweren und langwierigen Leidens entstehen können. Goelis ist in der That der Meinung, dass von 10 Kindern, die an remittirendem Fieber leiden, 9 während des Verlaufs der Krankheit von Hirnwassersucht befallen werden. Welches sind nun die diagnostischen Zeichen der beiden Krankheiten in ihren ersten Stadien, und unter welchen Symptomen sind wir zur Annahme einer Entzündung, und zur Beseitigung derselben durch ein aktives Verfahren während eines fieberhaften *Unwohlseins* berechtigt?

Diese Fragen sind schwer, und überhaupt nur annäherungsweise zu beantworten. Im ersten Stadium des akuten Hydrocephalus findet im Allgemeinen einige Lichtscheu und empfindliches Gehör statt; die Pupillen sind kontrahirt, und der Kranke ist Tag und Nacht in einem wachenden Zustande; während im remittirenden Fieber derselbe des Nachts zwar schlaflos ist, bei Tage hingegen oft in einen gesunden und erquickenden Schlaf fällt, auch sind seine Pupillen eher erweitert, und Licht und Schall sind ihm nicht unerträglich. Das Kopfweh bei der letzteren Affektion ist mehr eine allgemeine unangenehme Empfindung, die dem Kinde einen Ausdruck von Schwere und Trägheit aufdrückt, und wie die fieberhaften Symptome selbst, deutlich remittirend ist, während beim Hydrocephalus der Schmerz immer in der Stirn und andauernd ist, obgleich er bei heftigen Paroxysmen ebenfalls zunimmt. Ein Kind, das an Hydrocephalus leidet, legt seinen Kopf wie eine Last auf die Kissen, schliesst die Augen und wird unwillig, wenn man es bewegt, frägt, oder nur Notiz von ihm nimmt; es legt seine Hände unwillkürlich auf den Kopf, schreit, und schreckt oft auf während der heftigen Anfälle des Schmerzes; zugleich bemerkt man an Armen und *Beinen* leichte krampfhafte Zuckungen. Ist es hingegen von einem *remittirenden* Fieber befallen, so lässt es sich leicht ermuntern, ob-

gleich es unwillig und eigensinnig ist; es hat keine Anfälle von Aufschreien, und kann den Kopf ohne Beschwerde bewegen; ist es wach, so pflückt es immer an seiner Nase und Lippen. In beiden Affektionen ist der Leib zuweilen verstopft; die Oeffnung aber erfolgt leicht, lässt sich auch leicht unterhalten, und hat eine mehr schleimige, stinkende und dunkelgefärbte Beschaffenheit in der einfachen fieberhaften Affektion, während es sich bei einem entzündlichen Leiden anders verhält. Eben so ist der Puls verschieden; bei der nur fieberhaften Affektion ist derselbe hart und frequent, bei jenem schweren Leiden ist er oft träge, langsam und ungleich.

Giebt man auf alle die Zustände genau acht, so wird man im Allgemeinen im Stande sein, beide Krankheiten von einander zu unterscheiden und zugleich die Verschlimmerungen wahrnehmen, welche bei der einen Krankheit während des Verlaufs der anderen eintreten. Dennoch ist keiner dieser Zustände ein pathognomonischer, und es werden selbst dem erfahrensten Arzte Fälle vorkommen, wo er zweifelhaft ist und zögernd verfahren wird. Ich kann daher nur glauben, dass jener berühmte Professor (*Davis on Hydrocephalus?* Ref.), der so wenig Todesfälle durch Hydrocephalus in den letzten 10 Jahren seiner Praxis gehabt zu haben behauptet, dass er auch nicht in einem Falle aus eigener Beobachtung die pathologischen Veränderungen nach dem Tode zu berichten im Stande ist, — die relativ leichten und nicht schwer zu heilenden Fälle mit den weit lebensgefährlicheren Affektionen verwechselt, und oft unnöthiger Weise ein so heroisches Verfahren, wie das in seinem neuesten Werke empfohlene, angewandt habe.

Diese Betrachtungen führen mich zu einer anderen Form der Krankheit, bei deren Behandlung oft grosse Fehler begangen werden. — In der Armenpraxis kommt es nicht selten vor, dass der Arzt zu einem Kinde gerufen wird, von dem die Eltern sagen, dass es kopfkrank sei; das Kind ist schwach, blass und abgemagert, das Fleisch hängt lappig an den Knochen; der Kopf ist entweder wirklich grösser, oder scheint es zu sein, da das Gesicht und der Nacken abgemagert sind; es liegt lautlos an der Mutterbrust; es lässt sich schwer und ungern ermuntern, weint, und ist verdriesslich, wenn es aus seinem Halbschlummer geweckt wird, und fällt bald wieder in diesen Zustand zurück; seine Gesichtszüge sind zusammengeschrumpft und haben einen Ausdruck von Hinfälligkeit und tiefem Leiden. Die Haut ist blass, schmutzig grau und faltig; es hat eine grosse Neigung zu

schlafen, die Pupillen sind erweitert und trübe; die Fontanellen sind für das Alter zuweilen zu gross; die Oberfläche des Körpers und die Extremitäten fühlen sich kühl an, während der Kopf ziemlich heiss ist und eine vorübergehende Röthe die Wangen färbt. Die Darmausleerungen sind flüssig, grün und schleimig, der Magen so reizbar, dass er nichts bei sich behält; die Zunge ziemlich belegt, aber blass und feucht; der Puls sehr frequent und schwach. Beim weiteren Nachforschen hört man, dass das Kind schon seit 10—12 Tagen krank ist, und Zufälle wie die eines remittirenden Fiebers gehabt habe. Diese letzte Angabe kann richtig sein, während das Bild der Krankheit jetzt mehr das eines Hydrocephalus im vorgerückten Stadium ist. Diese Form der Krankheit ist vor mehreren Jahren sehr genau, und wie ich glaube zuerst von Dr. Marshall Hall, als eine Schwächekrankheit, unter dem Namen „Hydrencephaloid der Kinder", beschrieben worden; auch Dr. Abercrombie erwähnt sie mit kurzen Worten, und Dr. Gooch ist der letzte Schriftsteller, der eine schöne und deutliche Beschreibung von ihr giebt. Es würde daher unnütz sein, nach diesen vortrefflichen Schriftstellern eine Krankheit zu beschreiben, von der ich weder grössere Erfahrungen, noch eine bessere Heil*methode* besitze, wäre es nicht wiederum in Beziehung auf jenes *neue* Werk über Hydrocephalus, in welchem auch bei dieser Form der Krankheit jenes heroische Verfahren empfohlen und der erstaunlich gute Erfolg desselben hervorgehoben wird, während der Verfasser sogar vergisst, die Diagnose des Uebels festzustellen.

Sieht man einen solchen Kranken zum erstenmale, so wird man natürlich zunächst nach den ersten Symptomen und der Entwickelung der Krankheit fragen; man wird sich genau unterrichten, ob das Uebel mit Diarrhoe oder unter Zeichen von Hirnentzündung eintrat; ob die vielleicht vorher reichlich angewandten Blutegel und Abführmittel eine gute oder schädliche Wirkung gehabt haben; denn von der Geschichte des Falles und den Wirkungen der vorausgegangenen Mittel hängen hauptsächlich die Diagnose und Behandlung ab. Besonders erkundige man sich, ob überhaupt flüssige Stühle vorhanden sind, ob sie während der ganzen Dauer der Krankheit zugegen gewesen, ob sie durch ein Arzneimittel hervorgerufen, oder ohne dasselbe eingetreten sind; da auf diesen Umstand besonders viel ankommt, und meine Erfahrungen mich der Meinung des Dr. M. Hall beipflichten lassen, dass die Krankheit fast allgemein die Folge der Relaxation des Darmkanals sei. Ist nach *einer solchen* Untersuchung die Krankheit wirklich aus Störungen der

Assimilationsorgane hervorgegangen, hat die Diarrhoe mehr oder weniger während des ganzen Verlaufs gedauert und die Affektion des Kopfes ist nur sekundär hinzugetreten, haben Blutegel die Hirnsymptome eher vermehrt als vermindert, und Abführmittel der Krankheit keinen Einhalt gethan, so habe ich immer gefunden, dass ein stimulirendes und adstringirendes Verfahren, in Verbindung mit einer guten, gesunden und nahrhaften Diät, die Krankheit, selbst in der bösesten Form, eher und glücklicher heilt, als alle anderen entgegengesetzten Mittel. — Uebrigens vergesse man nicht, dass venöse Kongestionen und seröse Ausschwitzungen mit ihren bekannten Symptomen, Somnolenz, Koma, schweres und schnarchendes Athmen im letzten Stadium dieser Krankheit nicht nur eintreten können, sondern dass sie sogar als die gewöhnlichen und unvermeidlichen Folgen des höchsten Grades der Erschöpfung eintreten müssen, und dass man derselben nur dadurch am vortheilhaftesten entgegentreten kann, wenn man schnell solche Maassregeln ergreift, welche die Ursache derselben zu entfernen geeignet sind.

Spontane Heilung einer heftigen akuten Pneumonie, mitgetheilt vom Dr. Laudy in Paris.

In den ersten Tagen des Monats Mai 1842 wurde ich zu einem Kinde von 5 Jahren gerufen, welches, wie man mir sagte, von Konvulsionen befallen worden sei. Ich fand den kleinen Kranken auf dem Schoosse seiner Wärterin; man berichtete mir, er habe eine halbe Stunde vor meiner Ankunft, während er im Garten mit seinem Bruder spielte, in der brennenden Sonnenhitze mit unbedecktem Kopfe, plötzlich das Bewusstsein verloren und sei umgefallen. Als man ihn aufhob, war er bewegungslos; beim Bespritzen des Gesichts mit kaltem Wasser öffnete er die Augen, antwortete aber nicht auf die ihm vorgelegten Fragen, die er nicht zu verstehen schien. Man flösste ihm einen Löffel Zuckerwasser ein, worauf sich einige allgemeine konvulsivische Bewegungen einstellten, die nur kurze Zeit dauerten und sich nicht wiederholten.

Das Kind war bis dahin immer gesund gewesen, und niemals hatte sich vorher ein solcher Zustand eingestellt.

Als ich den Kranken sah, sass er, wie schon gesagt, auf dem Schoosse seiner Wärterin, mit geschlossenen Augen, geröthetem Ge-

sichte; der Puls war voll, kräftig; tiefes Koma. Uebrigens war die Sensibilität an allen Stellen vorhanden. Die Temporalarterien pulsirten heftig; die Respiration ging normal von Statten.

Um die Kongestion nach dem Gehirn zu beseitigen, verordnete ich die Applikation einiger Blutegel an die ***Processus mastoidei.*** Da die Mutter abwesend war, so wollte die Dienerschaft dieser Verordnung oder jener anderen nicht nachkommen. Man musste daher warten.

Drei Stunden später wurde ich, als die Mutter zurückgekehrt war, gerufen.

Das Kind war fast noch in demselben Zustande, in dem ich es verlassen. Die Sensibilität schien jedoch etwas abgenommen zu haben. Ich glaubte, mit Rücksicht auf die verlorene Zeit, anstatt der örtlichen Blutentleerung eine allgemeine anstellen zu müssen, und liess sogleich ℥iv bis ℥vj Blut aus der Vene.

Während das Blut floss, kam das Kind zu sich, und lächelte die Mutter sogar an.

Ich verordnete ausserdem heisse Kataplasmata auf die Füsse und Waden, und ein leichtes ***Inf. flor. Tiliae*** und ***Fol. Aurant.***

Die Nacht, so wie der nächste Tag vergingen ohne Anfall, so dass keine energische Behandlung vonnöthen war.

Das Bewusstsein hatte sich vollständig wieder hergestellt und das Kind erkannte Jeden, es spielte selbst mit seinem Bruder einen Theil des Tages hindurch, verlangte aber weder aufzustehen noch zu essen.

Am folgenden Morgen erfuhr ich, dass das Kind gegen 6 Uhr Morgens von einem geringen Fieber und einem kurzen trockenen Husten ergriffen worden wäre. Der Puls machte 100 Schläge, war regelmässig und mässig entwickelt; die Haut hatte eine angenehme Wärme und war etwas feucht.

Ich auskultirte die Brust sorgfältig vorn, hinten und an den Seiten. Das Athmungsgeräusch bot nichts Anomales dar. Die Perkussion ergab eben so wenig. Die Respiration war nicht beschleunigt.

Ich liess das Kind im Bette bleiben, und verordnete eine strenge Diät. Obgleich mir das Gehirn nicht die Ursache des Leidens abzugeben schien, liess ich dennoch von Neuem einfache Kataplasmen auf die unteren Extremitäten machen, und verschrieb, zur Milderung des Hustens, eine schleimige Mixtur.

Abends um 10 Uhr war eine grosse Veränderung eingetreten. *Der Puls* war bis auf 120 Schläge gestiegen; die Hitze der Haut

war bedeutend, die Haut trocken, der Husten häufig, trocken und quälend.

Ich fand bei der Auskultation und Perkussion die linke Seite des Thorax vollkommen gesund. Aber auf der rechten, vorn, zwei Finger breit unter dem Schlüsselbein, war der Ton matt und ein sehr feines krepitirendes Rasseln zu hören. Auf der hinteren Wand dieser Seite war nichts Abnormes wahrzunehmen.

Es hatte sich also plötzlich eine Pneumonie entwickelt, woran die durch die Auskultation und Perkussion gelieferten Symptome nicht zweifeln lassen konnten.

Da das Kind schwächlich, von lymphatischer Konstitution war, und erst neulich ein Aderlass gemacht worden, so verordnete ich 8 Blutegel auf die kranke Stelle und eine Mixtur mit ℥β *Syrup. Diacod.*

Die Blutegel hatte man nicht angesetzt. So wie das Kind sie gesehen, war es von solchem Schreck ergriffen worden und schrie so, dass die Mutter, aus Furcht, die Konvulsionen könnten wieder eintreten, sich nicht entschliessen konnte, sie anzusetzen. Trotz meiner inständigen Bitten konnte ich sie nicht dazu bewegen. Ich nahm darauf zum *Tart. stibiatus* meine Zuflucht, und verschrieb gr. iij in einer Mixtur von ℥iv, stündlich kinderlöffelweise zu nehmen. Nach dem dritten Löffel stellte sich Erbrechen ein, das sich nach einer Viertelstunde noch zweimal wiederholte; dann wollte das Kind nichts mehr von der Mixtur nehmen.

Um 4 Uhr Nachmittags hatte der Puls an Frequenz zugenommen (130 Schläge in der Minute), ich zählte 48 Athemzüge. Der Husten hatte sich gesteigert; wenig Auswurf, Haut sehr heiss, trocken. Das Kind forderte zu trinken, und wollte nur reines, kaltes Wasser nehmen. Man hütete sich wohl ihm solches zu geben.

Das Uebel hatte sich offenbar verschlimmert. Bei der Auskultation und Perkussion fand ich von Neuem alle Symptome einer ausgebreiteten Pneumonie, auf der vorderen Fläche der Brust, ungefähr einen Daumen breit vom Schlüsselbein an beginnend. Ich machte die Mutter mit der Gefahr, worin das Kind schwebte, bekannt, und sagte ihr, dass eine schnelle und energische Behandlung durch die Heftigkeit der Symptome, die stündlich sich steigerten, angezeigt sei. Diese sehr gebildete, verständige Dame hatte die eigene Idee gefasst, wovon sie Nichts abbringen konnte: dass ihr so schwaches, nervöses Kind durch die Konvulsionen zu Grunde gehen würde, und dass jede kräftige,

gegen das Lungenleiden gerichtete Behandlung die Konvulsionen hervorrufen könnte; man musste mithin die Natur hier walten lassen. Ich beschwor indessen die Dame, einen oder mehrere Kollegen rufen zu lassen, doch verweigerte sie dies entschieden, mit dem festen Entschlusse, nicht zu dulden, dass man ihr armes Kind unnütz quäle.

Mit seiner Mutter im Einverständniss, alle Kunsthülfe zu verweigern, wollte das Kind nicht das Geringste zu sich nehmen, nicht einmal Zuckerwasser.

Am 15., 16., 17. Mai sah ich den Kranken Morgens und Abends; an den beiden letzten Tagen auskultirte ich die Brust auf beiden Seiten, aber nur vorn. Links dauerte der normale Zustand fort. Rechts, an der kranken Stelle, vollständiger Mangel des Athmungsgeräusches und dumpfer Ton. Am 17ten war das Fieber sehr heftig, der Puls machte 148 Schläge, und ich zählte 58 Athemzüge in der Minute.

In der Nacht vom 17ten auf den 18ten liess man mich schleunigst rufen, da das Kind sich in sehr schlechtem Zustande befände.

Wirklich bedeckte ein kalter, kopiöser Schweiss den ganzen Körper, das Gesicht war blass, die Augen starr, der Puls klein, fadenförmig, aber regelmässig, und machte über 140 Schläge. Ich *konnte* die Athemzüge nicht zählen, so schnell ging die Respiration von Statten. Im ersten Augenblicke glaubte ich, dass das Ende bevorstände; indessen dachte ich eine Zeitlang, dass diese Schweisse kritisch sein könnten, liess diese Idee aber wieder fallen.

Nachdem ich empfohlen, den Schweiss, sobald er entstanden, zu entfernen, und das Kind in eine wollene warme und trockene Decke einzuhüllen, entfernte ich mich. Ich wollte eine exzitirende Mixtur verordnen, jedoch das Kind weigerte durchaus irgend etwas einzunehmen. Man hatte es gänzlich der Gnade Gottes überlassen.

Am 18ten Morgens war der Zustand viel besser. Fortwährender Schweiss, der buchstäblich das Bett überschwemmte, fand statt. Die Wärme hatte sich wieder eingefunden, der Puls sich gehoben, der Husten war noch so häufig, aber nicht mehr so trocken. Der Kranke hatte eine Stunde hindurch nach meiner Entfernung geschlafen, was seit vier Tagen nicht der Fall gewesen war.

Den ganzen Tag hindurch wurde er in den Decken eingehüllt gelassen, und am Nachmittage dauerte die Besserung, die ich am Morgen gefunden, noch fort; der Puls war auf 139 Schläge herabgegangen, die Zahl der Athemzüge auf 42.

Es würde zu weitschweifig sein, die Rückkehr der kranken Lunge

zum normalen Zustande, und das allmälige Verschwinden aller krankhaften Erscheinungen Tag für Tag zu verfolgen. Es genüge anzuführen, dass nach Verlauf von vierzehn Tagen das Respirationsorgan seine vollkommene Elastizität wieder erlangt hatte, und der Ein- und Austritt der Luft mit der grössten Leichtigkeit von Statten ging; nur an der Basis der Lunge blieb noch ein etwas matter Ton zurück, wiewohl das Respirationsgeräusch deutlich zu hören war.

In den ersten acht Tagen, die auf jene kritischen Schweisse folgten, trank das Kind nur lauwarmes Zuckerwasser; am neunten Tage nahm es eine schwache Bouillon zu sich, und nach und nach mehr feste Nahrungsmittel.

Es sind jetzt zwei Jahre, seitdem diese bedeutende Krankheit sich unter meinen Augen so spontan und allein durch die Kräfte der Natur entschieden hat. Das Kind hatte sich seit dieser Zeit immer sehr wohl befunden und niemals gehustet; vor acht Tagen auskultirte und perkutirte ich es, ohne irgend eine Spur einer Affektion der Lungen zu finden.

II. *Analysen und Kritiken.*

Untersuchungen und Beobachtungen der Skrophelkrankheiten nach Lugol und Smith.

Recherches et Observations sur les causes des maladies scrofuleuses, par J. G. A. Lugol. Paris 1844, 8.

(Schluss, s. voriges Heft S. 34.)

Kapitel II. Von der Gesundheit der Eltern, welche skrophulöse Kinder erzeugen.

Der Verf. unterscheidet hier einen ursprünglichen oder angeborenen Gesundheitszustand der Eltern von einem erworbenen. Im ersten Falle sind die Eltern selbst entweder skrophulös oder tüberkulös (was nach Lugol bekanntlich ein und dasselbe ist).

Robuste Menschen, von ursprünglich guter Konstitution, erzeugen niemals skrophulöse Kinder, so wie umgekehrt aus der Ehe skrophulöser Eltern niemals gesunde, kräftige Kinder hervorgehen. Wenn der Vater skrophulös ist, so ist die Uebertragung der Krank-

heit auf das Kind fast unvermeidlich, nicht so, wenn ein gesunder Mann eine skrophulöse Frau befruchtet.

In sehr vielen Fällen werden die Kinder von derselben Art der Skrophulosis befallen, welche den Eltern eigen ist; so beobachtete Lugol skrophulöse Kinder, die zugleich, wie ihre Eltern, an Tuberkeln litten; andere waren hartnäckigen Augenentzündungen, Abszessbildungen, kariösen Leiden u. s. w. unterworfen.

Ziemlich häufig hat der Verf. die Skrophulosis zugleich in drei Generationen beobachtet; in diesem Falle aber wird die dritte Generation in der Regel bald nach der Geburt hinweggerafft. So kannte Lugol zwei Schwestern, welche, von einer skrophulösen Mutter geboren, kein einziges ihrer Kinder gross ziehen konnten; alle starben kurze Zeit nachdem sie geboren waren. Ja in vielen Fällen erblickt diese dritte Generation gar nicht das Licht der Welt; es erfolgt Abortus.

Hierauf lässt nun der Verf. die Uebertragung der Skrophulosis durch Eltern folgen, welche selbst an Lungentuberkeln leiden, und benutzt diese Gelegenheit, um seine Ansicht von der *Identität* der Skrophulosis und Tuberkulosis auseinanderzusetzen. Er bemerkt zuerst, dass die Skropheln gewöhnlich einen tuberkulösen Ursprung haben, indem mehr als die Hälfte der Skrophelkranken tuberkulöse Eltern gehabt habe. Dazu kommt das sehr häufige gleichzeitige Vorkommen der Skrophulosis und der tuberkulösen Lungenschwindsucht in einer und derselben Familie, eine Erscheinung, welche namentlich für den behandelnden Arzt der Familie von Wichtigkeit ist, indem z. B. der an ***Tuberculosis pulmonum*** erfolgte Tod des einen Kindes nicht ohne Einfluss auf die Behandlung des Bruders bleiben darf, der etwa an ***Tumor albus*** oder anderen skrophulösen Affektionen leidet. Endlich werden auch die skrophulösen Kinder selbst gar häufig von Lungentuberkeln befallen, welche gewöhnlich die traurige Szene beschliessen.

Es lässt sich jedoch nicht in Abrede stellen, dass auch Eltern, welche in ihrer Jugend skrophulös waren, sich gegenwärtig aber einer guten Gesundheit erfreuen, dennoch skrophulöse Kinder erzeugen können. Dies ist eine nicht seltene Ursache der Skrophulosis, die oft übersehen wird, zumal die Eltern gewöhnlich die vor der Pubertät überstandenen Krankheiten gänzlich zu verschweigen pflegen. Der Verf. hat sogar beobachtet, dass Eltern, welche selbst nicht skrophulös *zu sein schienen*, deren Brüder und Schwestern jedoch an dieser Krank-

heit litten, skrophulöse Kinder erzeugten. Gewöhnlich wird man auch bei einer genauen Untersuchung in solchen Fällen Spuren der skrophulösen Dyskrasie an den scheinbar gesunden Eltern entdecken, die nur nicht so entschieden hervortreten, wie es bei den übrigen Mitgliedern ihrer Familie der Fall ist.

Bisher bildete der angeborene, originäre Gesundheitszustand der Eltern den Gegenstand der Betrachtungen des Verfassers; jetzt geht derselbe zu den erworbenen krankhaften Affektionen über, welche im Stande sind, der Nachkommenschaft die Anlage zur Skrophulosis mitzutheilen. Diesen Einfluss haben entweder zufällig eintretende Krankheiten, oder vorgerücktes Lebensalter, oder irgend eine andere physiologische Ursache.

Zu den ersteren gehört vorzugsweise die Syphilis, eine der häufigsten Ursachen der hereditären Skrophelkrankheit. Schon die äussere Aehnlichkeit, welche viele skrophulöse Krankheiten mit syphilitischen haben, muss die Aufmerksamkeit auf diese Quelle hinlenken. Dennoch darf man sich nicht verleiten lassen, aus diesem Grunde alle skrophulösen Krankheitsformen gleich den syphilitischen mit Merkurialien zu behandeln, wie es z. B. von Portal empfohlen worden ist. Namentlich hat man sich vor dem Irrthum zu hüten, Säuglinge, welche von syphilitischen Ammen genährt werden, für skrophulös zu halten, und die eigentliche syphilitische Natur ihrer Krankheit zu übersehen. In solchen Fällen behandelt Lugol die Amme mit Quecksilberpräparaten, wodurch nicht allein die Patientin selbst, sondern auch der Säugling hergestellt werden. Die Ansicht Lugol's ist folgende: Die primäre Syphilis kann nur Syphilis wieder erzeugen, während die *Cachexia syphilitica*, die gewöhnlich auf dem Wege des Beischlafs nicht mehr ansteckt, in den Kindern unter der Form der Skrophulosis auftreten kann.

Aber auch ohne das Vorhandensein der syphilitischen Kachexie kann schon der blosse Exzess in den Vergnügungen der Liebe die hereditäre Skrophulosis hervorbringen. Der Verf. leitet dies von der Unvollkommenheit des männlichen Saamens in solchen Fällen her, der erst unmittelbar vor der Ejakulation sezernirt wird, und aus diesem Grunde noch nicht die Reife erlangt hat, welche zur Erzeugung einer kräftigen Nachkommenschaft erforderlich ist. Im engen Zusammenhang damit steht das Auftreten der Skrophulosis bei solchen Kindern, welche aus einer von zu jungen Eltern geschlossenen Verbindung hervorgehen, wie man es in den beiden Extremen der menschlichen Ge-

sellschaft, nämlich gerade in den höchsten und in den niedrigsten Ständen, nicht selten zu beobachten Gelegenheit hat. Auf diese Weise sieht man viele alte, erlauchte Familien, besonders in Spanien, Italien, England und Russland, durch die Verheerungen, welche die Skrophulosis in ihnen anrichtet, aussterben. Dieselbe Bemerkung gilt von den Sprösslingen einer Ehe, die von zu alten Personen geschlossen wird; deshalb giebt Lugol den Rath, dass der Mann nach der Zurücklegung des 52sten, das Weib nach der des 40sten Lebensjahres sich der Kindererzeugung enthalten solle. Auch das Missverhältniss im Alter des Mannes und der Frau kann zur hereditären Skrophelkrankheit Anlass geben, wofür der Verf. mehrere Beispiele anführt.

Auch glaubt Lugol aus seinen Beobachtungen den Schluss ziehen zu dürfen, dass Männer, deren Zeugungsvermögen in gewissem Grade geschwächt ist, leicht skrophulöse Kinder erzeugen; dies steht übrigens mit den oben angeführten Ursachen im Zusammenhang, denn ein Mann, dessen Zeugungskraft der seiner Frau nicht gleich kommt, befindet sich in der Regel in einem jener krankhaften Zustände, welche der Verf. bereits früher als zur Erzeugung skrophulöser Kinder disponirend angeführt hat. Deshalb hält auch Lugol das Vorurtheil, dass ein schwächlicher Mann seine Schwäche durch eine Heirath mit einer kräftigen Frau ersetzen müsse, für ungegründet, denn seiner Ansicht nach wird ein Mann, der viel schwächer als seine Frau ist, letztere niemals mit der gehörigen Energie befruchten können.

Endlich will der Verf. auch einen Zusammenhang der hereditären Skrophelkrankheit mit einigen Cerebralneurosen der Eltern beobachtet haben, z. B. mit der Epilepsie, mit den Geistesstörungen u. s. w. Er bringt damit die Thatsache in Verbindung, dass der *Hydrocephalus acutus* bei skrophulösen Kindern sehr häufig vorkommt, und spricht seine Ueberzeugung aus, dass diejenigen Kinder, welche der Krankheit unterliegen, im Fall dass sie ins Leben zurückgerufen werden könnten, doch niemals ihre ungestörten Geisteskräfte wieder erlangen würden, eine Ansicht, welche durch die Störung der Intellektualität, die den chronischen Hydrocephalus begleitet, leider bestätigt wird.

Als Anhang betrachtet nun der Verf. noch das häufige Vorkommen der Skrophulosis bei den Findel- und Waisenkindern, dessen Ursachen er ebenfalls auf die Erblichkeit zurückführt, wenn sich dieselbe auch nicht sicher konstatiren lässt. Von grosser Wichtigkeit ist das *Kapitel, in welchem* die Uebertragung der Skrophelkrankheit von der *Amme auf* den Säugling abgehandelt wird. Der Verf. warnt hier mit

Recht vor übereilter Anschuldigung der Amme in solchen Fällen, wo eine genauere Untersuchung näher liegende Ursachen ergeben haben würde. Bekanntlich kann auch die Schwangerschaft der nährenden Person Ursache der skrophulösen Anlage des Säuglings werden, was der Verf. namentlich in Betreff der Pariser Ammen zu beobachten Gelegenheit hatte.

In dem zweiten Abschnitte seines Werks handelt nun Lugol von den sogenannten pathologischen Ursachen der Skrophelkrankheit. Diese Ursachen sind aber eigentlich nichts weiter als Komplikationen, welche zwar die Entwickelung der schlummernden Dyskrasie zu befördern, aber nie den Keim derselben zu legen im Stande sind.

Die Autoren betrachten z. B. die Masern, Pocken, oder auch den Keuchhusten nicht selten als Ursachen später sich entwickelnder skrophulöser Affektionen. Die Masern liefern hierfür noch zahlreichere Beispiele als die Pocken; ein Husten, der sich in Folge der Masern bei skrophulösen Kindern einfindet, verdient jederzeit strenge Beachtung, weil er in der Regel das Symptom einer sich entwickelnden *Tuberculosis pulmonum* ist, die in solchen Fällen sehr rapid verlaufen, und innerhalb einiger Wochen den tödtlichen Ausgang herbeiführen kann. Es ist dies die sogenannte *Phthisis pulmonalis exanthematica* der älteren Autoren. Es giebt übrigens noch einige krankhafte Zustände, welche man als pathologische Ursachen der Skrophulosis zu betrachten pflegt, obwohl sie eigentlich nur die ersten Symptome, gleichsam die Vorläufer derselben sind; dahin gehört das sogenannte Schleimfieber, das Zahnfieber, die Wurmzufälle der Kinder u. s. w. Aus diesen Betrachtungen zieht nun der Verf. den Schluss, dass die übliche Therapeutik der Kinderkrankheiten viel zu freigebig mit Blutentleerungen und schwächenden Mitteln ist, welche die Entwickelung der Skrophulosis nur befördern können. Die Bemerkungen, welche der Verf. über die Beziehung zwischen der Skrophelkrankheit und dem Erysipelas einerseits, und zwischen ersterer und der Syphilis andererseits macht, sind zwar an sich sehr lehrreich und durch treffliche Krankengeschichten erläutert, interessiren uns hier aber weniger, da sie sich meist auf ein bereits weiter vorgerücktes Lebensalter beziehen.

Wichtiger für uns ist der dritte Abschnitt des Werks, welcher den äusseren Ursachen der Skrophulosis gewidmet ist. Im ersten Kapitel spricht sich der Verf. über die endemische Verbreitung dieser Krankheit aus; er weist nach, dass die endemische Ursache derselben, welcher Art sie auch *sein* mag, gar keine evidente Eigenthümlichkeit

besitzt. Dafür spricht schon der Umstand, dass weit von einander entfernte Orte, deren klimatische und terrestrische Verhältnisse sehr verschieden sind, doch darin übereinstimmen, dass sie der Sitz der endemischen Skrophulosis sind. Namentlich sucht der Verf. darzuthun, dass die so vielfach beschuldigte Feuchtigkeit des Bodens keineswegs als konstante Ursache der endemischen Skrophelkrankheit zu betrachten sei. Vielmehr neigt er sich zu der Annahme, dass der endemischen Verbreitung dieser Krankheit an vielen Orten dieselbe Ursache zu Grunde liege, welche nach einigen Autoren zur Entstehung der Syphilis in Europa Anlass gab, die Importation. Ob Lugol in der Annahme, dass die antiphlogistische Behandlung der Syphilis mit als Ursache der endemischen Skrophulosis zu betrachten sei, nicht zu weit geht, wollen wir dahin gestellt sein lassen, und diese Behauptung lieber seiner Vorliebe für die merkurielle Methode zuschreiben. Im zweiten Kapitel werden wir mit dem Einflusse des Klimas und der Jahreszeiten auf den Verlauf der skrophulösen Krankheiten bekannt gemacht. Der Verf. will beobachtet haben, dass die Tropenbewohner, dem Einflusse des gemässigten Klimas ausgesetzt, sehr schnell skrophulös werden; namentlich sollen die Lungen tuberkulös werden, eine Erscheinung, die man sogar bei den wilden Thieren in den Menagerieen wahrnehmen kann. Was die Jahreszeiten betrifft, so soll vor allen der Frühling den Skrophulösen ungünstig sein.

Man hört nicht selten von Eltern die Ursache der skrophulösen Affektionen ihrer Kinder auf die Vakzination zurückzuführen; eine Meinung, welche Lugol für durchaus irrig erklärt. Auch die vielfach angeklagte Onanie betrachtet er vielmehr als ein Symptom der schon bestehenden Krankheit, denn als Ursache derselben. Schliesslich spricht der Verf. noch seine Ansicht von der Nichtkontagiosität der Skrophulosis aus, indem er anführt, dass er in einer 25jährigen Praxis nicht einen einzigen Fall beobachtet habe, in welchem er eine Kontagion hätte annehmen können.

Von der Verwandtschaft zwischen Masern und Scharlach, von Marcus Busch Geertsema.

Specimen medicum inaugurale de affinitate morbillorum cum scarlatina, editum a Marco Busch Geertsema. Groningae 1842, 8.

(Analyse von Dr. Helfft.)

In der Masernepidemie, welche in den letzten Monaten des Jahres 1842 in Gröningen in weiter Verbreitung, aber unter milder Form herrschte, kamen mehrere Fälle vor, wo die Diagnose dieses Exanthems, da es grosse Aehnlichkeit mit dem Scharlach hatte, sehr schwierig war. Der Verf. sucht in dieser kleinen Schrift nachzuweisen, dass beide Krankheiten blos Modifikationen eines und desselben Giftes sind.

Morton war der Erste, der die Ansicht aufstellte, dass Masern und Scharlach nur dem Grade nach verschieden und Modifikationen desselben Krankheitsstoffes seien; auch P. Frank ist der Meinung, dass kein so grosser Unterschied zwischen beiden Krankheiten stattfinde. Ferner deuten die verschiedenen Namen, die die Schriftsteller denjenigen Formen beilegten, die sie weder für echtes Scharlach noch für echte Masern anerkennen wollten, wie *Morbilli spurii, Morbilli rubeolae similes, Morbilli varioloides, Scarlatina morbillosa, Morbilli scarlatinosi,* darauf hin, dass die Symptome, die für jede diese Krankheit allein als charakteristisch beschrieben worden, vereint beobachtet worden sind.

Selbst die *Angina maligna,* die *Miliaria rubra,* die Aphthen, hält der Verf. für nahe mit den Masern verwandt. Diese seine Meinung vertheidigt er durch Hinweisung auf eine Masernepidemie, die im Jahre 1821 herrschte; zuerst traten blos Masern auf, kurze Zeit nachher zeigten sich zweifelhafte Formen der Rubeola, und nach einigen Wochen wurden mehrere Kranke von Aphthen, *Angina maligna* und Friesel befallen; bei einigen war die Haut mit Scharlachflecken bedeckt, und bei anderen zeigte sich das Masernexanthem mit allen Kriterien des Scharlachs.

In der Epidemie des Jahres 1834 wurden mehrere Fälle beobachtet, die genau mit der Rubeola übereinstimmten. Die Flecke waren grösser als die der wahren Masern, und einige derselben bedeckten sich bisweilen mit Phlyktänen, die nach einem Tage wieder eintrockneten. Die Flecke standen nicht so in Haufen vereint, wie die der

Masern, zwischen ihnen erschien im Gesicht, auf der Brust und dem Rücken das wirkliche Masernexanthem; in keinem Falle waren die spezifischen katarrhalischen Erscheinungen vorhanden, sondern vielmehr anginöse Beschwerden und die charakteristische rauhe und rothe Zunge des Scharlachs.

Bei zwei Kindern beobachtete der Verf. jenen gefahrvollen Scharlachschnupfen, der vom Masernkatarrh sehr abweicht, und der, wie es daselbst sich öfter ereignete, der Vorläufer einer schon ausgebildeten oder drohenden Gehirnaffektion war. In einem Falle entstand eine bösartige Angina aus den Aphthen. In eben derselben Epidemie kamen Fälle vor, die weder für Masern noch für Scharlach oder Rötheln gehalten werden konnten, sondern eine Vermischung oder innige Verbindung jener drei Ausschlagskrankheiten darstellten. An einigen Stellen des Körpers zeigte sich die Scharlachröthe, an anderen die der Rubeola angehörenden Flecke, während an manchen die Masernflecke wahrzunehmen waren, auf denen theils die kleinen mit Serum gefüllten Stippchen, theils grössere Vesikeln, wie sie im Scharlach und den Rötheln vorkommen, sassen. Diese Kranken boten immer die spezifischen katarrhalischen Symptome dar, aber auch zugleich stellten sich Aphthen, Angina, Affektionen des Gehörs und Gehirns ein, und der Verlauf war dann immer nicht so günstig.

Einige Beispiele dienen dem Verf. zum Beweise dieser verschiedenen Komplikationen:

Ein Mädchen von 2½ Jahren litt an allen den Masern vorhergehenden Symptomen, aber auch zugleich an einer heftigen Angina; zwei Tage darauf brachen die Masern hervor und verliefen regelmässig. Unter kopiösen Schweissen und bedeutender Angst entwickelten sich darauf Miliariabläschen, und am nächsten Tage erschienen Aphthen im Munde. Drei Tage später nahm man einen fötiden Geruch aus dem Munde wahr, die Lippen und Nasenhöhle bedeckten sich mit einer braunen, fuliginösen Masse, die Respiration wurde beschleunigt, pfeifend; es stellten sich Aphonie, Konvulsionen, Sopor, brennende Hitze der Haut ein; der Puls war nicht zu zählen, die Deglutition ganz gehindert; alle Symptome einer brandigen Angina. Bald darauf brach am Halse und Thorax eine starke Scharlachröthe hervor, und am nächsten Tage starb das Kind.

Bei einem anderen 10 Monate alten Kinde brachen die Masern unter entzündlicher Affektion der Lungen hervor. Die letztere erforderte eine örtliche Blutentleerung; vier Stunden nach Applikation der

Blutegel entwickelte sich eine entzündliche Röthe um die Stiche, die sich nach und nach immer mehr ausdehnte; zwölf Stunden später war die ganze Haut des Körpers scharlachroth gefärbt, und blieb es zwei Tage hindurch, worauf die Röthe mit den unverändert gebliebenen Masernflecken verschwand. Elf Tage nachher wurde das Kind von der Miliaria befallen, nach deren Heilung eine kleienartige Abschuppung sich einstellte.

Ein Kind von 2 Jahren wurde von den Masern mit den gewöhnlichen katarrhalischen Symptomen befallen; nach drei Tagen stellte sich jedoch plötzlich eine viel dunklere Röthe des ganzen Körpers ein, mit deutlicher Entzündung der Fauces, Anschwellung der Parotiden und fast vollständiger Taubheit. Dabei nahm man die gewöhnliche Desquamation der Haut, wie sie nach den Masern vorkömmt, wahr. Die Angina, die Parotitis, die Suppuration der Ohren, die himbeerartige Zunge, der frequente Puls, liessen keinen Zweifel zu, dass die zuletzt hinzugetretene Affektion Skarlatina sei. Daher wurde, zumal in Bezug des Gehörs, eine schlechte Prognose gestellt. Dennoch war wider Erwarten der Ausgang ein glücklicher, und die frühere Diagnose schien falsch gewesen zu sein, denn das Gehör des Kindes stellte sich vollkommen wieder her.

So werden oft Exantheme der Art für Skarlatina gehalten, und daraus lässt sich wohl der unter Aerzten und Laien herrschende Glaube von mehrmaligem Auftreten dieser Exantheme bei einem Individuum erklären.

Der Verf. gelangt, nachdem er Fälle aus den berühmtesten Schriftstellern zusammengestellt, zu dem Resultate, dass Masern, Scharlach und Rötheln innig mit einander verwandt sind, in allgemeinen Epidemieen und in sporadischen Fällen häufig Verbindungen eingehen, und neben einander sich entwickeln können; dass Rötheln und Scharlach sehr oft nur stärker entwickelte Masern seien und im Allgemeinen die genannten Krankheiten nur für Blüthen und Aeste desselben Stammes und Modifikationen derselben Spezies gehalten werden müssten. Die Erfahrung wird es lehren, dass die verschiedenen Formen der Exantheme nicht ferner, wie es in den Lehrbüchern geschieht, getrennt werden dürfen. Die Natur gefällt sich in Hervorrufung verschiedener Spielarten, die durch bestimmte Kriterien nicht von einander zu scheiden sind. Werlhoff's Worte finden hier eine passende Stelle: „*Neque quidquam in arte nostra magis necessarium*

atque utile magis, vel magis arduum esse videtur, quam similium dissimilitudines, et dissimilium similitudines ubique recte dignoscere."

III. Klinische Mittheilungen.

A. *Hôpital des Enfans malades* in Paris (Klinik von Guersant dem Sohne).

Febris typhosa. Komplikation mit Parotiden.

(Schluss, s. voriges Heft S. 40.)

„Die Kinderpraxis, meine Herren, hat das Eigenthümliche, dass es oft sehr schwierig ist, dies oder jenes Symptom, dessen Vorhandensein für die Diagnose ausserordentlich wichtig sein würde, zu konstatiren. Dieselbe Schwierigkeit, welche bei der Diagnose des Kopfschmerzes obwaltet, steht uns auch oft im Wege, wo es sich darum handelt, Delirien zu erkennen. Bei sehr jungen Kindern wird das Delirium, welches eigentlich als Perversion der intellektuellen Kräfte gedeutet werden muss, durch andere Symptome einer Störung der Cerebralfunktion ersetzt. Dahin gehört namentlich lebhafte Unruhe ohne wahrnehmbare Ursachen, durchdringendes Aufschreien, Angst."

„Uebrigens beobachtet man die Delirien und die Aufregung nur in sehr schweren Fällen von typhösem Fieber. Bei dem Kinde, welches den Gegenstand dieses Vortrags bildet, konnte man ein wirkliches Deliriren während 5 — 6 Tagen, aber auch nicht anhaltend, wahrnehmen; dies Delirium bestand in einer ungewöhnlichen Schwatzhaftigkeit, welche zur Nachtzeit zunahm. Niemals aber war es so stark, dass man sich gezwungen sah, ihm die Zwangsjacke anzulegen, oder es an's Bett zu binden. Selten ist das Delirium gleich im Anfange der Krankheit vorhanden, es erscheint gewöhnlich erst zwischen dem 7ten und 14ten Tage, was auch durch den in Rede stehenden Fall bestätigt wird; denn erst am 10ten Tage traten die ersten Cerebralerscheinungen auf, und hielten nur 4 — 5 Tage an."

„Zuweilen wird das Delirium von einer gewissen Stumpfheit begleitet, und von Zeit zu Zeit durch Somnolenz ersetzt. Dieser Stumpfsinn, auf welchen ich Sie auch in diesem Falle aufmerksam gemacht

habe, hatte vielleicht zum Theil seinen Grund in der Taubheit, welche bei diesem Kinde in einem ziemlich hohen Grade bestand. Beiläufig will ich anführen, dass die Störungen der Sinnesnerven im Verlaufe typhöser Affektionen bei Kindern ziemlich häufig sind, z. B. Sausen und Klingen in den Ohren, gewöhnlich von Anfang an vorhanden; Taubheit, in der Regel zwischen dem 9ten und 23sten Tage auftretend. Oft koinzidirt diese Taubheit mit einer Otitis, in anderen Fällen ist letztere nicht vorhanden; fast immer aber trifft man sie an, wenn sich Parotidenbildung mit der Krankheit komplizirt."

„Die Störungen des Gesichts sind bei kleinen Kindern kaum zu erkennen, und lassen sich höchstens bei denen, die bereits ein gewisses Alter erreicht haben, konstatiren. Das Kind, dessen Krankheit uns hier beschäftigt, hatte eine hinreichend entwickelte Intellektualität, um von seinen Sensationen Rechenschaft geben zu können. In der That klagte es schon am ersten Tage über Schwindel und Funkensehen."

„Ein sekundäres Symptom, welches indess von grosser Wichtigkeit werden kann, ist das häufige Erscheinen von linsenförmigen rothen Flecken und Papeln auf der Haut des Bauches, und besonders der Brust. Diese Flecken, welche dem typhösen Fieber, und überhaupt den Affektionen mit sogenanntem typhösen Charakter ausschliesslich eigen sind, erscheinen bei Kindern in der Regel früher als bei Erwachsenen, was vielleicht von der grösseren Zartheit des Hautgewebes abhängen mag; während man sie beim Erwachsenen nicht leicht vor der Mitte der zweiten 7tägigen Periode beobachtet, erscheinen sie bei Kindern schon am 4ten Tage. Indess ist wohl zu merken, dass bei Kindern die Flecken gewöhnlich nur in sehr geringer Anzahl vorhanden sind, fast niemals die Zahl von 5 oder 6 übersteigen, weshalb man bei der Untersuchung der Haut solcher Kinder mit der äussersten Sorgfalt zu Werke gehen muss."

„Der Gegenstand unserer Beobachtung zeigte weder Flecken, noch Papeln, noch Sudamina. Was den Mangel der letzteren betrifft, so bemerke ich, dass er nicht auffallen kann, da die Haut des Patienten immer heiss und trocken geblieben ist. Man weiss aber jetzt, dass die Entwickelung der Sudamina mit den Schweissen gleichen Schritt hält. Ich will meine Bemerkungen über die allgemeinen und sekundären Symptome mit einigen Worten über die Epistaxis schliessen. Die Epistaxis ist das Symptom einer Blutkongestion zur Nasenschleimhaut. Sie kommt ziemlich häufig vor, dauert aber nur kurze Zeit,

gewöhnlich nur 2—3 Tage. In der Regel ist sie nicht bedeutend; ich wenigstens habe sie niemals bedenklich gesehen."

„Der Puls hat nie die Frequenz von 96—100 Schlägen überschritten. Bei Kindern sieht man ihn sonst nicht selten auf 140, 160 und mehr Schläge steigen, und es ist dann fast unmöglich, ihn zu zählen. In dem Falle, der uns beschäftigt, war er immer wenig entwickelt, was mich bestimmte, das gegen typhöse Affektionen übliche Verfahren zu modifiziren, zumal die grosse Schwäche des Patienten bei seiner Aufnahme und das lymphatische Temperament desselben Berücksichtigung verdienten."

„Viele Aerzte betrachten den *Rhonchus sibilans* und *mucosus*, den man bei typhösen Affektionen oft hört, als ein charakteristisches Zeichen in dieser Krankheit. Nach meiner Ansicht ist dies aber mehr eine Komplikation, als ein Symptom des primären Leidens, da das Typhusfieber auch ohne Bronchitis verlaufen kann. Dieser Fall selbst giebt uns einen Beleg dafür; der junge Kranke hustete nicht im geringsten, und bot bei der Auskultation keine Spur von Bronchialrasseln dar."

„Ohne mich ausführlicher über diese Komplikation auszusprechen, will ich nur bemerken, dass sie beim Kinde eben so häufig wie beim Erwachsenen zu sein scheint, und dass fast nur die ganz leichten, oder sehr schweren Fälle, welche schnell tödtlich enden, von derselben frei sind. Letzteres ist auch die Meinung der Herren Rilliet und Barthez, welche in einem Siebentheil der Fälle nicht das geringste Bronchialrasseln wahrnahmen."

„Nur selten wird die Bronchitis, sie müsste denn in Pneumonie übergehen, bedenklich genug, um den Tod herbeizuführen. Es ist hier nicht der Ort, auf diese akzessorischen Erscheinungen weitläufiger einzugehen, und ich wende mich daher sofort zu einer viel selteneren Komplikation, der Parotidenbildung, welche wir in diesem Falle zu beobachten Gelegenheit hatten."

„Wenn schon die Parotide bei Erwachsenen nicht häufig ist, so ist sie im kindlichen Alter noch bei weitem seltener. Unter mehr denn 100 Fällen haben die oben genannten Autoren sie nur einmal beobachtet, und zwar bei einem 9jährigen Knaben, welcher am 20sten Tage der Krankheit erlag. Es ist bemerkenswerth, dass die Entzündung der Parotis in denjenigen adynamischen Fiebern, welche endemisch verbreitet auftreten, häufiger beobachtet wird."

„Wie dem aber auch sein mag, so erscheint diese Komplikation erst zwischen dem 3ten und 8ten Tage, und ihr Auftreten ist immer das Anzeichen drohender Gefahr. Mit Unrecht hat man behauptet, dass die Parotiden die bedenklichen Zufälle vermindern; nach unserer Meinung sollte man vielmehr sagen, dass die Parotide das Resultat der auf den höchsten Grad gestiegenen Krankheit sei. Im Allgemeinen ist um so mehr Hoffnung zur Genesung gegeben, je später sich diese Komplikation entwickelt. Nur selten sieht man auf beiden Seiten zugleich Parotiden entstehen, und wo dies geschieht, muss man alle Hoffnung aufgeben; aber nicht selten, zumal wenn die erste nicht in Suppuration übergegangen ist, nimmt die der andern Seite an Volumen zu, in demselben Maasse, als die Zertheilung der ersten fortschreitet."

„Ich will mich hier nicht in eine Diskussion über die Natur dieser Komplikation einlassen, und nur einige Worte über die Therapie hinzufügen. Wenn die Geschwulst sehr bedeutend und schmerzhaft ist, die Deglutition hindert, so beschränke man sich darauf, die lokalen Symptome zu bekämpfen. Topische Blutentleerungen, Emollientia, dann zertheilende Mittel, merkurielle Einreibungen, sind hier indizirt. Ist aber, trotz aller Mittel, Eiterung eingetreten, so muss man sofort den Abszess öffnen, weil sich sonst leicht gefährliche Senkungen bilden können. Sie haben gesehen, dass bei unserm jungen Patienten die Suppuration nicht eintrat, und beide Anschwellungen, die nach einander entstanden waren, sich endlich wieder zertheilten."

„Die gegen das Hauptleiden, das typhöse Fieber, gerichtete Behandlung war in diesem Falle = 0; sie bestand in schleimigen Getränken, Umschlägen auf den Leib u. s. w. Zahlreiche Beispiele sprechen dafür, dass ein so einfaches Verfahren nicht selten Heilung herbeiführt. Die Krankheit verläuft dann oft sehr regelmässig, ohne Störungen zu erleiden. Von 18 Kindern, welche die schon mehrmals genannten Autoren auf diese Weise behandelten, verloren sie nicht ein einziges; zwar fügen sie hinzu, dass die Krankheit bei fast allen gutartig war, doch war sie bei dreien derselben bedenklich, bei zweien sehr bedenklich mit ausgesprochener Tendenz zur Adynamie."

„Mag auch die *methodus expectans* beim Erwachsenen nur selten indizirt sein, z. B. in dem Falle, wo der Arzt erst im vorgerückten Stadium der Krankheit hinzugerufen wird, und dann nur den Zuschauer machen kann, so ist sie doch bei Kindern die einzige anwendbare. Herr Stoeber, dem man eine ausgezeichnete Arbeit über

das typhöse Fieber verdankt, hat so gute Erfolge von dieser Behandlungsweise gesehen, dass er seine Ansichten darüber in der Bemerkung zusammenfasst: „„Ich glaube, dass beim Kinde noch mehr als beim Erwachsenen die abwartende Methode diejenige ist, welche am häufigsten in Anwendung gezogen werden muss.""

B. *Hôpital-Necker* in Paris (Klinik von Trousseau).

Phlebitis umbilicalis.

„Ich habe schon früher den Versuch gemacht, meine Herren, Ihnen die Beziehung, die zwischen dem *Erysipelas neonatorum* und der Entzündung derjenigen Gefässe, welche sich in den Nabelstrang des Fötus einsenken, stattfindet, zu veranschaulichen. Jetzt ist es meine Absicht, Ihnen klar zu machen, wie leicht sich nach der Geburt eine Nabelentzündung ausbildet, wie diese sich zuerst auf die Venen, dann auf die Nabelarterie innerhalb des Bauchs, endlich auch auf das Peritonäum und das den Nabel umgebende Zellgewebe verbreiten kann."

„Auf dieselbe Weise hatte ich versucht, die Entwickelung des *Erysipelas neonatorum* zu deuten, welches fast immer in der Haut der Schaamgegend beginnt, sich von hier über die übrigen Theile der Körperoberfläche verbreitet, und fast immer tödtlich endet."

„Auf diese Weise würde sich auch eine schon von Underwood beobachtete Thatsache recht gut erklären lassen, dass man nämlich in den Kadavern der am Erysipelas gestorbenen Neugeborenen oft die Spuren einer heftigen Peritonitis findet."

„Seitdem ich Ihre Aufmerksamkeit auf diesen Punkt der Pathologie gelenkt habe, haben sich mir neue Fälle dargeboten, die noch mehr Licht über die in Rede stehende Affektion zu verbreiten scheinen, indem sie gestatten, das *Erysipelas neonatorum* in eine gewisse Beziehung zu derjenigen sehr bedenklichen Art des Erysipelas zu bringen, welches man häufig in den chirurgischen Abtheilungen der Hospitäler zu beobachten Gelegenheit hat."

„Sie erinnern sich ohne Zweifel der Geschichte eines jungen Kindes, welches in der 9ten Wiege des Saales Ste. Julie lag. Es war am 28. März in der Maternité geboren worden, und seine Mutter hatte

wegen einer Pleuritis am 16. April im Hospital Hülfe suchen müssen. Es verdient bemerkt zu werden, dass um dieselbe Jahreszeit eine ziemlich grosse Zahl von Frauen und Kindern von sehr ernstlichen Krankheiten heimgesucht wurde."

„Bei dem Kinde, welches uns hier beschäftigt, hatte sich am 14. April eine bedeutende Anschwellung erysipelatöser Natur an den äusseren Geschlechtstheilen entwickelt. Am folgenden Morgen erstreckte sich das Erysipel schon auf die unteren Extremitäten, und trotz der energischsten Maassregeln konnten wir nicht verhindern, dass das Leiden nach und nach den Rumpf, die Arme, endlich den Kopf befiel, und nach 7 Tagen den Tod des Kindes herbeiführte."

„Bei der Autopsie fanden wir das Peritonäum mit puriformem Serum, in welchem albuminöse Flocken schwammen, angefüllt. Die Nabelvene in ihrem hepatischen Theile bis auf 2 Centimeter vom Nabel, die *Vena portae* und der grösste Theil ihrer Hauptäste, waren mit einem dicken Eiter gefüllt, und die Wandungen derselben beträchtlich verdickt. Als wir die Verästelungen der Pfortader innerhalb der Leber weiter verfolgten, fanden wir dieselben von einem dichten und mit weisslichem Serum infiltrirten Zellgewebe umgeben."

„Diese Sektionsresultate stimmen mit denen, welche wir bei einer vor wenigen Monaten unter denselben Umständen unternommenen Leichenöffnung erhielten, vollkommen überein."

„Die Entwickelung der Peritonitis lässt sich in diesen Fällen ziemlich leicht erklären. Der Nabelstrang kann nach der Geburt als ein fremder Körper betrachtet werden, welcher sich im Niveau des Nabelrings nach Art eines Brandschorfs von den lebenden Theilen trennen muss. Diese Trennung kann nur mittelst einer lokalen Entzündung geschehen, welche, wenn auch unbedeutend, doch immer vorhanden und nothwendig ist. Man begreift nun leicht die Möglichkeit einer Fortpflanzung dieser Entzündung auf den übrigen Theil der Nabelvene und auf die Pfortader."

„Die vorsorgliche Natur wollte, dass die Entzündung, welche eine Abstossung des Nabelstrangs bewirken soll, nur schwach, kaum merklich sei, um einen nothwendigen Prozess nicht gefährlich zu machen. Jedoch ausnahmsweise, besonders bei Epidemieen des Puerperalfiebers, wenn Mutter und Kind sich in Umständen befinden, welche den geringsten Entzündungen eine ungewöhnliche Intensität und Tendenz zum Uebergange in Suppuration mittheilen können, wird die Entzündung, so leicht sie auch sein mag, sich von dem Ende der Nabelvene

auf den übrigen Theil des Gefässes, auf das umhüllende Bauchfell, und von da auf andere Theile der serösen Haut, endlich auch auf die Pfortader und ihre Hauptverzweigungen ausbreiten können."

„Was ich Ihnen, meine Herren, hier von dem Einflusse epidemischer Verhältnisse sagte, ist bereits von Underwood, dessen ich kurz vorher Erwähnung that, angedeutet worden. Dieser Praktiker hatte anfangs geglaubt, dass das ***Erysipelas neonatorum*** am häufigsten während der Epidemieen des Puerperalfiebers wüthe, und brachte damit die Thatsache in Verbindung, dass man in den Leichen der Kinder fast dieselben Anomalieen in der Peritonealhöhle findet, wie in denen der Frauen."

„In diesem Falle würde das Erysipel die Manifestation eines in Bezug auf sein eigentliches Wesen eben so dunkelen Allgemeinzustandes sein, als es der einer Frau ist, welche sich in der Opportunitätsperiode des Puerperalfiebers befindet."

„Beim Kinde wird sich dieser allgemeine krankhafte Zustand am häufigsten durch Augenentzündungen, durch Muguet u. s. w. kund geben, und zwar sind dies die mildesten Aeusserungen. Zuweilen wird aber auch eine ***Phlebitis umbilicalis,*** eine Peritonitis, ein Erysipel, die Folge sein."

„Eben so wie bei den Frauen, welche dem Einflusse spezieller epidemischer Schädlichkeiten ausgesetzt sind, wird sich die Diathese durch gastrische Störungen, und selbst durch Entzündungen der breiten Mutterbänder oder der Ovarien kund geben, Zustände, die im Allgemeinen nur geringe Gefahr mit sich führen, während die ***Phlebitis uterina,*** die Peritonitis, die so oft aus denselben Ursachen hervorgehen, häufig tödtlich enden."

„Sie wissen es, meine Herren, die Chirurgen haben fast täglich den Tod von Patienten zu beklagen, welche nach der einfachsten Operation das Opfer eines Erysipel oder einer Eiterresorption wurden."

„Solche schreckliche Ereignisse kommen nicht allein in allen Hospitälern einer grossen Stadt, sondern auch in der Privatpraxis vor, und fast immer richtet gleichzeitig das Puerperalfieber grosse Verwüstungen an. Man kann also in solchen Fällen mit Recht eine ganz eigenthümliche Krankheitskonstitution annehmen, welche sich auch auf neugeborene Kinder erstreckt, und bei diesen die Ursache vielfacher *und nicht* selten tödtlicher Lokalaffektionen wird."

„*Die* Annahme einer solchen Krankheitskonstitution wird nicht

blos durch das gleichzeitige Vorkommen vieler einander in gewisser Beziehung ähnlicher Krankheiten, sondern auch durch die ungewöhnliche Intensität, welche scheinbar unbedeutende Lokalleiden annehmen, erwiesen. So ging es mit dem Kinde, welches Sie in No. 3. des Saals Ste. Julie gesehen haben. Man zeigte es uns eines Morgens mit blassem, ängstlichem Antlitz, Fieber und dem Ausdruck eines schweren Allgemeinleidens, obwohl keine wesentlichen funktionellen Störungen bemerkbar waren. Indess beobachtete ich bald die Entwickelung eines kleinen Erysipels auf dem linken Nasenflügel. So unbedeutend auch diese Manifestation der epidemischen Diathese war, so sagte ich Ihnen doch voraus, dass das Erysipel sich über den übrigen Körper verbreiten und das Kind hinwegraffen würde. In der That starb das Kind am folgenden Tage, jedoch hatte das Erysipel kaum den vierten Theil der linken Wange eingenommen. Bei der Obduktion fanden wir keine Veränderung, welche über einen so schnellen Tod Rechenschaft geben konnte, so wie auch in manchen Epidemieen des Puerperalfiebers die Erscheinungen am Kadaver den während des Lebens beobachteten keineswegs entsprechen."

„Man fragt sich dann, ob bei solchen epidemischen Einflüssen die individuelle Konstitution durch die verborgene Wirkung der septischen Ursache nicht bereits zur Dissolution vorbereitet sei, die durch die geringste Gelegenheitsursache herbeigeführt wird. Besteht diese vorläufige Störung im Nervensystem? im Blut? in den elementären Geweben? Dies sind für immer unlösbare Fragen; denn es ist uns zwar verstattet, die Wirkungen und entfernteren Ursachen zu erkennen, die nächsten Ursachen werden aber ewig das Geheimniss dessen bleiben, welcher der rohen Materie das Leben gegeben hat und allein die tief verborgenen Triebkräfte desselben kennt."

C. *Hôtel-Dieu* in Paris (Prof. Blandin).

Ueber freiwilliges Hinken, Koxalgie (*Coxarthrocace*).

Beruht das freiwillige Hinken immer auf Gelenkentzündung, die zur Karies tendirt? Offenbar giebt es auch andere Ursachen, namentlich Rheumatismus, Neurose und Paralyse eines oder mehrerer Hüftmuskeln, wodurch freiwilliges Hinken bei Kindern bewirkt wird. Die Diagnose ist sehr wichtig, aber auch sehr schwierig.

Ein kleines Mädchen, welches an freiwilligem Hinken leidend ins Hôtel-Dieu gebracht und von Blandin sorgfältig untersucht wurde, zeigte wirklich eine ungleiche Länge beider Beine. Liess man das Kind auf dem Rücken ruhen, so dass beide Beine parallel neben einander lagen, und die verlängerte Achse des Rumpfes den Zwischenraum zwischen den beiden Füssen traf, so erschien das rechte (oder kranke) Bein um 5 — 6 Centimeter länger als das linke. Ausserdem, und darauf machte der Professor ganz besonders aufmerksam, stand die *Spina anterior superior ossis ilei* an der rechten Seite nicht nur viel tiefer als an der linken, sondern ragte auch mehr hervor. Diese Zeichen sind charakteristisch, und bei frischer Koxalgie konstant vorhanden. In solchem Falle macht das Becken offenbar eine doppelte kippende Bewegung, nämlich von vorn nach hinten, und dann nach der Seite. Aus diesem Grunde ist auch wohl die Falte in der rechten Leiste gleichsam ausgeglichen und die Vulva scheint nach rechts hin verzogen.

„Man muss", sagte Blandin bei dieser Gelegenheit, „um die beiden Beine in Bezug auf ihre Länge mit einander zu vergleichen, sich nicht mit der blossen Anschauung begnügen, sondern man muss messen. Wie ist aber die Messung vorzunehmen? Man wählt die *Spina anterior superior ossis ilei* oben und die Spitze des *Malleolus externus* unten. Zwischen diesen beiden Punkten zog ich das Messband, und zu meiner Verwunderung fand ich das Bein, welches dem Anblicke nach das längere zu sein schien, nämlich das rechte, um einige Linien kürzer als das andere. Aber auch diese Verkürzung ist nur täuschend, denn eine genauere Untersuchung ergiebt, dass jeder Längenunterschied nur in der Kippung, welche das Becken zu erleiden hatte, begründet ist, und dass in der frischen Koxalgie beide Beine gleich lang sind. Dies ist eine Thatsache, die weder Petit noch Boyer gekannt haben, und an die auch die Neueren nicht immer denken. Sie legen das Kind horizontal auf den Rücken, bringen die beiden Beine aneinander, und erscheint ihnen das kranke Bein entweder länger oder kürzer als das gesunde, so halten sie sich ohne Weiteres davon überzeugt, besonders wenn das Kind im Stehen untersucht dieselbe Ungleichheit zeigt. Da nun aber die Kippung des Beckens der eigentliche Grund dieser Ungleichheit ist, so musste natürlich viel Streit über die Art und den Grad derselben entstehen; es ist daher oft der Fall gewesen, dass bei einem und demselben Kranken Einer das Bein für verkürzt, der Andere für verlängert erklärte.

Boyer wiederholte die von seinen Vorgängern aufgestellte Meinung, dass die kranke Extremität verlängert sei. Er erklärte mit grosser Mühe diese angenommene Verlängerung durch Ablagerung von Massen Synovia in die Gelenkkapsel, die den Gelenkkopf heraustrieben, durch Anschwellung des innerhalb des Gelenkes befindlichen Fettpolsters; aber davon zeigt sich nichts bei der Untersuchung, und übrigens lässt die Lage der Bänder und der Gelenkflächen nicht zu, ähnliche Theorieen aufzustellen."

„Man könnte hier in der That entgegnen, die Messung geschähe nicht auf die gehörige Weise, um auf diese Untersuchungsmethode neue Theorieen zu gründen. Hierauf muss ich aber erwiedern, dass es nicht nöthig ist, wie man glaubt, dass beide Darmbeinstacheln bei der Messung der Extremitäten in derselben Ebene liegen; ein solches Verfahren wäre für den Kranken unerträglich und zugleich unnütz, denn man besitzt in der *Spina anterior superior* und im Knöchel zwei vollkommen feste Punkte."

„Frägt man indessen, worauf diese scheinbare Verlängerung beider Extremitäten beruht, so muss man ohne Zaudern antworten, auf der Krankheit selbst. Ist man so glücklich, diese zu beseitigen, so kehrt Alles zum normalen Zustande zurück. Diese eigenthümliche scheinbare Verlängerung wird im Beginn der Koxalgie beobachtet, aus welcher Ursache sie auch entstehen mag. Ist das Leiden etwas älter, so können Modifikationen eintreten, die wirklich die normalen Verhältnisse der Gelenkflächen verändern. Der *M. iliacus internus*, der schon durch das Ueberkippen die *Spina anterior superior* der kranken Seite nach vorn gezogen hat, kontrahirt sich immer mehr. Dadurch entsteht die Beugung des Schenkels gegen das Becken. Der Schenkelkopf tritt nach hinten, und es kann vorkommen, dass er in die *Fossa iliaca externa* luxirt."

„Wenn aber anstatt einer Verlängerung sich eine Verkürzung einstellt, so braucht keine Luxation stattgefunden zu haben. Bisweilen rufen lebhafte Schmerzen plötzlich eine Verkürzung von 5 bis 6 Centimeter auf der Seite, wo die scheinbare Verlängerung vorhanden, hervor. Dies ist dann nur die Wirkung der kippenden Bewegung, in einer der ersten entgegengesetzten Richtung. Ich habe davon ein Beispiel bei einer Konsultation vor einigen Tagen gesehen. Man nahm eine Luxation an, jedoch zeigte die Messung, dass man im Irrthum war. Es fand dort eine Exazerbation der chronisch gewordenen Reizung statt. Der Kranke, den Schmerzen nachgebend, hatte sich auf

jene Seite geneigt. Die Hüftmuskeln hatten sich kontrahirt, und der Raum zwischen dem unteren Rande der Rippen und dem Hüftbeinkamme sich verkleinert. Man muss dies berücksichtigen, wenn man Fehler in der Diagnose vermeiden will, denn diese Verkürzung ist eine sehr häufige Folge lange dauernder Koxalgie."

„In Betreff der Behandlung hat man auf die Ursachen des Leidens Rücksicht zu nehmen. Sehr oft ist das freiwillige Hinken von einem Leiden der Lendenwirbel abhängig, einer tuberkulösen Affektion der Knochen, die anschwellen und einen Druck auf das Rückenmark ausüben, wodurch Paresis oder Paralyse einer oder beider Extremitäten hervorgerufen wird. Dann ist jede Einwirkung auf das Hüftgelenk erfolglos, vielmehr muss man zur Seite der kranken Wirbel eine kräftige Ableitung, am besten durch fliegende Vesikatore oder Fontanellen, etabliren, Einreibungen von Jodsalbe machen lassen, und innerlich das Jod verabreichen. Liegt eine rheumatische Affektion der Muskeln zu Grunde, so sind Bäder und besonders das Frottiren und Kneten der befallenen Muskeln von grosser Wirksamkeit. Man vermeide den hergebrachten Schlendrian, Blutentziehungen in grosser Menge um das Hüftgelenk herum zu machen, und das *Ferrum candens* auf dasselbe zu appliziren."

IV. Das Wissenswertheste aus den neuesten Zeitschriften und Werken.

1. Anwendung grosser Vesikatore in der Grippe bei Kindern.

Dr. de Nolhac zu Mayet-de-Montagne macht mehrere Fälle von Grippe bekannt, die vorzugsweise während einer Epidemie im Monat Februar Kinder von 2 bis 5 oder 6 Jahren ergriff, wo er mit grossem Nutzen grosse Vesikatore anwendete. Er führt mehrere Fälle als Beispiele gelungener Heilung an.

Am 31. Januar, erzählt er, wurde ich zu einem kleinen, sehr schwächlichen und seit mehreren Tagen von der Grippe heimgesuchten Kinde gerufen. Einige Blutegel waren ohne Erfolg auf die epigastrische Gegend applizirt worden. Ich verordnete ein Vesikatorium

am Arme und liess das *Infusum pectorale* fortgebrauchen. Am folgenden Morgen streute ich, ohne die Epidermis zu entfernen, auf die nicht geröthete Fläche Kantharidenpulver, und die Auskultation zeigte mir am nächsten Tage eine bemerkenswerthe Abnahme des *Rhonchus sibilans*, der Husten war geringer und die Respiration ging leichter von Statten.

In der Nacht des 5. Februar wurde ich schnell zu einem 17 Monate alten Kinde gerufen, das ich, wie man mir sagte, nicht mehr lebend finden würde. Der kleine Kranke war in der That bewusstlos, der Augapfel nach oben gewandt; es fand ein bedeutender Grad von Kongestion nach dem Gehirn statt. Ich legte sogleich Sinapismen auf die Waden, welche das Ergriffensein des Gehirns noch vor Verlauf einer Stunde hoben. Nachdem ich dann alle Zeichen der herrschenden Epidemie erkannt hatte, legte ich trotz der vorhanden gewesenen Kongestion, und obwohl der Puls sehr kräftig und frequent war, ein grosses Vesikator zwischen die Schulterblätter. Zwölf Stunden darauf hatte sich das Fieber ermässigt, die Respiration ging ohne Beschwerde von Statten und das Kind forderte zu essen. Am 8ten war die Heilung vollendet.

Am 11. Februar sah ich den kleinen P., ein ziemlich schwächliches Kind von 17 Monaten, zum ersten Male. Seit acht Tagen war er von der herrschenden Krankheit ergriffen worden. Diese für einen gewöhnlichen Katarrh gehaltene und vernachlässigte Krankheit war damals in Pneumonie in schon weit vorgeschrittenem Maasse übergegangen. Krepitirendes Rasseln, undeutlich an der Wurzel der linken Lunge, Schleimrasseln in der ganzen rechten. Zugleich fand ein hartnäckiger Durchfall statt. Der Puls war schwach, sehr frequent; die Haut heiss und trocken, das Gesicht eingefallen, und die Respiration sehr beschleunigt, mit abwechselnder Erweiterung und Verengerung der Nasenflügel. (Ich muss beiläufig bemerken, dass ich bei Brustaffektionen beständig diese Bewegung der Nasenflügel als Zeichen eines nahe bevorstehenden tödtlichen Ausganges beobachtet habe.) Ich verordnete zwei Blutegel unter jedes Schlüsselbein, Klysmata mit Amylum und eine Althäadekokt mit Schleim. Da am anderen Tage der Zustand des Kranken sich nicht geändert hatte, so liess ich ein grosses Blasenpflaster in den Rücken legen, welches eine solche Erleichterung bewirkte, dass die Eltern, einer baldigen Heilung entgegensehend, mich nicht mehr zu rufen für nöthig hielten. Doch starb das Kind einige Tage nachher.

Am 17. Februar wurde ich zu einem $2\frac{1}{2}$ Jahre alten und am Abend vorher erkrankten Kinde gerufen. Ich erkannte sogleich einen dem vorhergehenden ähnlichen Fall; nur hatte ich es hier mit einem für sein Alter sehr kräftigen Individuum zu thun. Der ***Rhonchus sibilans,*** mit dem sonoren vermischt, war deutlich in beiden Lungen zu hören; der Puls war kräftig und sehr frequent, die Haut sehr heiss und trocken, die Wangen dunkelroth gefärbt und die Augen injizirt; das Kind sprach nicht, und widersetzte sich auf keine Weise der angestellten Untersuchung. Ich verordnete zwei Blutegel unter jedem Schlüsselbeine und eine schleimige Mixtur, dabei strenge Diät. Am anderen Tage war der Zustand unverändert, und ich verordnete daher trotz der deutlich vorhandenen Plethora und der Frequenz des Pulses ein grosses Vesikator zwischen den Schulterblättern, welches ich selbst applizirte. Dasselbe, ohne Uebertreibung von der Grösse einer Hand, hatte sich in der Nacht verschoben, und so eine fast vollständige Ablösung der Epidermis des Rückens verursacht; ich hatte den Eltern aus Vorsicht gesagt, dass das Kind wahrscheinlich unruhig werden würde, und war erstaunt zu hören, dass dasselbe viel ruhiger geworden sei. In der That fand fast gar kein Fieber mehr statt, der pfeifende Rhonchus und die Dyspnoe hatten sich bedeutend ermässigt; die Haut war feucht. Ich verband die grosse Wunde mit einem Opiumzerat, liess innerlich eine beruhigende Mixtur nehmen, und nach acht Tagen war das Kind hergestellt.

Ich müsste fürchten, die Grenzen eines Journalartikels zu überschreiten, wenn ich noch andere Beobachtungen den oben angeführten hinzufügen wollte. Ich glaube übrigens, sie werden hinreichen, um die Wirksamkeit grosser Blasenpflaster in dergleichen Zuständen darzuthun.

Ich habe schon vor vier Jahren im ***Hôpital de la Pitié*** die grossen Blasenpflaster von Gendrin gegen Pneumonieen und Pleuresieen, selbst in akuten Fällen, mit Erfolg anwenden sehen; seitdem habe ich die schönen Erfahrungen Giacomini's über die hyposthenische Kraft der Kanthariden gelesen, und ohne die Autorität dieser grossen Männer hätte ich, ich muss es gestehen, die Anwendung so mächtiger Mittel nicht gewagt, besonders da dieser Gegenstand noch so wenig erforscht ist.

In den Kanthariden befindet sich ein Prinzip, das resorbirt, eine eben so bedeutende hyposthenische Kraft besitzt, wie die Blutentleerungen, und das Mittel scheint mir besonders für das kindliche Alter

geeignet zu sein, wo es so schwer ist, die zu entleerende Blutmenge zu bestimmen, und Blutverluste so schlecht ertragen werden.

---

2. Einiges über die Tuberkelablagerungen bei Kindern, von Dr. Vanier.

Im kindlichen Alter und in den Jahren der Pubertätsentwickelung sind die tuberkulösen Krankheiten am häufigsten; selten und ausnahmsweise findet man bei Neugeborenen Tuberkeln. Vom zweiten bis neunten Jahre, und besonders vom dritten bis siebenten, beobachtet man sehr oft zerstreute Tuberkeln in verschiedenen Organen, besonders in den Lymphdrüsen und den Baucheingeweiden. Finden sich zwischen dem zweiten und funfzehnten Jahre in irgend einem Organe Tuberkeln, so kann man mit Bestimmtheit annehmen, dass auch in den Bronchialdrüsen, oder im Lungenparenchym, oder in beiden zugleich dergleichen vorhanden sind. Die Tuberkulosis der Bronchialdrüsen ist eine Krankheit, die dem kindlichen Alter allein anzugehören scheint. Sie tritt nach Berton zwischen der ersten und zweiten Zahnungsperiode auf. Um diese Zeit lagern sich auch die Tuberkeln in den Mesenterialdrüsen ab.

Dieselben Bedingungen, wodurch die Kinder zu Entzündungen prädisponirt sind, geben auch zur Erzeugung der Tuberkeln der Mesenterial- und Bronchialdrüsen Veranlassung. Die sehr deutliche Blutüberfüllung und Vitalität, welche um diese Zeit in jenen Theilen herrscht, soll nach Gendrin die Tuberkulosis befördern.

Becquerel stellt folgende Unterschiede in der Tuberkelablagerung in den Lungen bei Kindern und Erwachsenen auf:

1. Die graue und gelbe Infiltration ist bei Kindern als elementares Leiden häufiger.

2. Die Tuberkeln sitzen bei Kindern häufiger in den unteren Lappen, während sie bei Erwachsenen die oberen Lappen gewöhnlich zum Sitze wählen.

3. Kavernen kommen bei Kindern seltener vor.

4. Die Miliartuberkeln sind hingegen bei ihnen häufiger.

Die Mesenterialdrüsen findet man hypertrophisch, oft in Haufen zusammenhängend, und bisweilen in der Mitte erweicht. Häufig ist dieser letztere Zustand mit tuberkulösen Granulationen auf dem Peri-

tonäum, Geschwüren im Darmkanal, und zuweilen einer chronischen *Peritonitis tuberculosa* komplizirt. In allen Fällen, wo die Mesenterialdrüsen tuberkulös sind, finden sich auch Tuberkeln in den Bronchialdrüsen und im Lungengewebe.

Sind Granulationen auf der Pleura vorhanden, so zeigen sich oft gleichzeitig solche in verschiedenen Organen, wie Lungen, Peritonäum, Piamater u. s. w. Sehr oft sind bei Granulationen, die im Zellgewebe unter der Pleura ihren Sitz haben und nicht in der Pleura selbst, zugleich Pseudomembranen zugegen, die Zeichen einer chronischen tuberkulösen Pleuritis, und sehr oft auch Tuberkeln in diesen Membranen selbst abgelagert.

Die Granulationen des Peritonäums bestehen bisweilen zugleich mit der tuberkulösen Entartung der Bronchialdrüsen, und sehr oft mit der Bildung von Pseudomembranen im Peritonäum, die Produkte der chronischen *Peritonitis tuberculosa.* Bei Granulationen im Zellgewebe unter dem Peritonäum finden sich entweder im Lungenparenchym oder in den Bronchialdrüsen tuberkulöse Massen.

Die unter der Arachnoidea befindlichen Tuberkeln vereinigen sich bisweilen mit einander und bilden entweder tuberkulöse Schichten oder aggregirte Tuberkeln, die sich in manchen Fällen bis zu einer gewissen Tiefe in die Gehirnsubstanz einsenken, und sekundäre Affektionen und besondere Zufälle hervorrufen können.

Die Granulationen der Piamater rufen sehr oft nicht in der grossen Höhle der Arachnoidea, sondern in den Maschen des Zellgewebes selbst, in das sie abgelagert sind, akute oder chronische Entzündungen hervor, die von besonderen Symptomen begleitet sind, und einer der wichtigsten und häufigsten Krankheiten im kindlichen Alter angehören, nämlich der akuten und chronischen *Meningitis tuberculosa.*

Die Tuberkeln der Piamater sind stets von tuberkulöser Affektion anderer Organe begleitet, und gewöhnlich ist die Tuberkulosis allgemein.

Die Tuberkeln der Gehirnsubstanz sitzen meistentheils im kleinen Gehirn; man beobachtet sie häufig, wo eine tuberkulöse Diathesis vorhanden und die Tuberkulosis der anderen Organe schon weit vorgeschritten ist. Oft sind gleichzeitig tuberkulöse Granulationen der Piamater vorhanden.

Die Tuberkeln der Milz begleiten gewöhnlich die tuberkulöse Entartung der Mesenterialdrüsen und die chronische *Peritonitis tuber-*

culosa. In der Leber entwickeln sie sich erst dann, wenn schon alle übrigen Organe ergriffen und der Erweichungsprozess bereits eingetreten ist. Dasselbe findet bei Tuberkelablagerung in den Nieren statt.

Treten bei einem Kinde Anschwellungen der Cervikaldrüsen auf, so muss man immer eine tuberkulöse Diathesis befürchten, und fast immer sind dann die Bronchialdrüsen tuberkulös.

Im Perikardium erscheinen die Tuberkeln gewöhnlich unter der Form von Granulationen; sie sind hier aber selten und werden nur bei einer allgemeinen Tuberkulosis aller Organe beobachtet.

Zuweilen findet man auch die Achsel- und Inguinaldrüsen mit Tuberkelstoff infiltrirt und in einigen Fällen nehmen alle lymphatischen Drüsen des Körpers daran Theil.

Dr. Fauvel hat in der *Société médicale* einen Fall von tuberkulöser Entartung des Herzens mitgetheilt.

Die Tuberkeln der Knochen sind, besonders in den letzten Jahren, der Gegenstand vieler anatomisch-pathologischer Diskussionen gewesen. In der Folge werden wir die Resultate der Untersuchungen Nichet's und Nelaton's bekannt machen, und nachforschen, ob in den Knochen wirklich Tuberkeln vorkommen.

---

3. Perikarditis, worauf ein akuter Gelenkrheumatismus folgte, von Dr. Bellingham.

Heut zu Tage giebt es keinen Arzt, der nicht wüsste, wie häufig die Fälle sind, wo Perikarditis als Komplikation des *Rheumatismus articularis* auftritt, und wiewohl man diese Frequenz übertrieben hat und besonders noch nicht dahin gelangt ist, genau die Bedingungen, die diese Komplikation herbeiführen, festzustellen, so muss man sie doch als ein in der Wissenschaft unumstössliches Faktum betrachten. In einigen sehr seltenen Fällen gesellt sich der Rheumatismus später zur Perikarditis hinzu, gleichsam als Beweis der Sympathie, die zwischen den serösen Häuten der Gelenkflächen und denen des Herzens stattfindet. Indess kommen diese Fälle nicht sehr oft vor. Der folgende giebt ein merkwürdiges Beispiel davon.

B., 12 Jahre alt, meldet sich am 2. Januar 1843 im Hospital St. Vincent. Er neigt nach vorne über und kann nicht gerade stehen. Die Respiration ist beschleunigt und kurz, und er ist nicht im Stande

tief Athem zu schöpfen. Der Puls ist frequent, aber regelmässig. Die Herzgegend ragt stärker hervor als im normalen Zustande, und die linke Seite des Brustbeins zeigt einen ziemlich bedeutenden Vorsprung, der angeboren sein soll. Bei der Perkussion nimmt man einen matten Ton über einen grossen Theil der Herzgegend und bis unter das untere Ende des Sternum wahr; sie ruft, obgleich sehr behutsam angestellt, einen heftigen Schmerz hervor. Die Herzgeräusche sind sehr schwach und schnell, aber ohne ein Blasebalggeräusch; man nimmt nur an allen Stellen, wo die Perkussion matt ist und am unteren Ende des Brustbeins ein Reibungsgeräusch wahr, das oberflächlich und gering ist, und sich sowohl während der Systole als auch Diastole hören lässt.

Vor vierzehn Tagen, als er auf dem Eise fiel, ergötzten sich mehrerer seiner Spielkameraden damit, ihn umherzuschleifen, warfen sich auf ihn, ohne dass er sogleich einen lebhaften Schmerz fühlte. — Am nächsten Morgen waren ihm die Glieder steif, dann stellte sich ein Schmerz in der Herzgegend ein, mit Athembeschwerde. Man hatte ihm die Applikation eines Vesikators und einige Pillen aus *Kalomel* mit Opium verordnet.

Am 4ten drückt das Gesicht noch grössere Angst aus; die Backen und Lippen sind dunkel gefärbt; die Oberfläche des Körpers und besonders die unteren Extremitäten sind kalt; es findet eine bedeutende Schwäche statt; der Kranke ist stark vorn über geneigt, wenn er aufrecht steht, und im Bette kann er nur auf der rechten Seite liegen; die Dyspnoe war bedeutend; es findet kein Husten statt; der Puls machte 120 Schläge, ist sehr schwach, aber vollkommen regelmässig, die Respiration sehr beschleunigt, die Inspiration sehr kurz, die Angst beträchtlich. In welcher Stellung sich auch der Kranke befinden mag, der Druck auf die Herzgegend ist sehr schmerzhaft und der matte Ton sehr deutlich; der Impuls des Herzens ist kaum wahrzunehmen, die Reibungsgeräusche sind gänzlich verschwunden. (Flaschen mit warmem Wasser werden an die unteren Extremitäten gelegt; Mixtur aus *Ammon. carbonic.* in *Aq. camphorata*, alle 2 Stunden; Pillen aus Kalomel mit Opium werden fortgesetzt; neues Vesikator auf die Herzgegend.)

Den 6ten. Das Gesicht drückt nicht mehr solche Angst aus; der Kranke kann auf dem Rücken liegen; Puls von 150 Schlägen, kräftiger; der Kranke klagt über Schmerz in beiden Ellenbogen bei der *Bewegung*.

Den 7ten. Der Kranke liegt auf dem Rücken; der Schmerz in den Ellenbogen hat sich gesteigert und sich nach der rechten Schulter ausgedehnt. Die geringste Bewegung vermehrt ihn. Die befallenen Gelenke sind etwas angeschwollen, aber ohne äussere Röthe; der Puls macht 120 Schläge, die Zunge nicht mehr so belegt, die Perkussion der Herzgegend ist nicht mehr so schmerzhaft, der Herzimpuls ist kaum zu fühlen, obgleich Patient stärker inspiriren kann. Man hört ein feines krepitirendes Rasseln am unteren Theile der hinteren und seitlichen Wandung der linken Brusthälfte. (Zu jeder Pille wird ein Zusatz von *Tart. stibiat.* gr. $\frac{1}{4}$ gemacht.)

Den 8ten. Die Schmerzen in den Gelenken sind sehr heftig. Die Respiration ist nicht so erschwert, der Puls langsamer; während der Nacht hat sich kopiöser Schweiss eingestellt, das Quecksilber fängt an auf die Speicheldrüsen zu wirken, der matte Ton und die Empfindlichkeit der Herzgegend nehmen immer mehr ab, das krepitirende Rasseln ist verschwunden und der Kranke hat Appetit.

Den 9ten. Der Schmerz in den Gelenken hat sich verloren; Patient kann ohne Schmerz tief inspiriren. (Ein Vesikator wird auf die linke Seite der Brust gelegt.)

Den 16ten. Der Herzimpuls ist normal; alle Geräusche haben ihre natürliche Beschaffenheit wieder angenommen. Am 19ten wird der Kranke geheilt entlassen. (*Dublin medical Press.*)

---

4. Sehr bedeutender angeborener Nabelbruch, bei dem das Kind zwei und einen halben Monat lebte.

Dr. Goyrand erzählt folgenden der Erwähnung werthen Fall: Am 3. Januar 1842 gebar Frau G. ein männliches, ziemlich starkes Kind, dessen Baucheingeweinde fast gänzlich in einem Nabelbruche enthalten waren. Derselbe bildete am Insertionspunkte der Nabelschnur eine runde, glatte Geschwulst, deren Hüllen nicht durchsichtig und wie die Häute des Nabelstranges von weisser Farbe waren. Die Nabelgefässe liefen unterhalb der Geschwulst und bildeten ein hervorspringendes Bündel, das man bis zum Nabelringe verfolgen konnte. Die Geschwulst war elastisch und konnte durch den Druck etwas verkleinert werden; durch das Geschrei des Kindes wurde sie vergrössert. Die Bauchhöhle war nicht so breit und tief wie im normalen Zustande, ihre Wände waren in den Hypochondrien eingefallen. Die Haut des

Unterleibs ging über die Basis der Geschwulst hinüber, wie sie sich gewöhnlich über die Insertion des Nabelstrangs fortsetzt, und bildete dort einen runden Vorsprung von 5 bis 6 Millimeter Breite, der in die Hüllen der Nabelschnur oder des Bauches überging.

Bald nach der Geburt liess das Kind Urin und entleerte Mekonium; durch den auf die Geschwulst ausgeübten Druck ging der Urin und Mekonium ab. In den ersten Tagen trank das Kind gut, alle Funktionen gingen regelmässig von Statten. Am 5ten Tage trennten sich die Häute des Nabelstranges durch die Eiterung von der Haut des Bauches. An den folgenden Tagen bildete sich Eiter zwischen dem Sacke und den Membranen des Nabelstranges, die die äussere Hülle des Bruches ausmachten; es entstanden an diesen einige Spalten, aus denen Eiter floss. Am 12ten Tage konnte man mit der Scheere grosse Stücke dieser Membranen entfernen, unter welchen sich gutartige Granulationen zeigten. Zwei Tage darauf lössten sich neue Fetzen und der Nabelstrang los; es blieb noch ein Theil der äusseren Hülle des Bauches zurück, die vom Sacke durch einen halb verdickten Eiter getrennt wurde. Am 22sten Tage fielen die äusseren *Membranen* ganz ab. Der Sack war mit Granulationen bedeckt. *In Folge* der Vernarbung verkleinerte sich der Bruch etwas, dehnte sich an der Basis aus und nahm eine konische Form an.

Nach und nach näherte sich die Haut mehr und mehr dem hervorspringendsten Punkte des Sackes, und die Geschwulst wurde ganz konisch. In den ersten Tagen des März war nur noch eine Fläche von der Breite eines Zweifrankstückes auf dem Sacke übrig, die nicht von der Haut bedeckt war. Bis dahin war der Gesundheitszustand gut gewesen; in der Mitte des Monats stellte sich plötzlich anhaltendes Erbrechen ein, die Stuhlentleerungen hörten auf und nach vier Tagen starb das Kind. (*Annales de la Chirurgie française et étrangère.*)

---

5. Fremder Körper, der zwanzig Monate im Larynx sass.

Die Beispiele sind nicht selten, wo fremde Körper viel längere Zeit in den Luftwegen sich befanden, als dieser hier. In Bezug hierauf wird daher auf diese Beobachtung nicht besonders aufmerksam gemacht, sondern nur wegen der Natur des Agens, welches die *Ausstossung* bewirkte, schien dieser Fall uns werth, mitgetheilt zu werden.

Ein Kind von 4 Jahren, erzählt Dr. Reali, ass eine Schnitte einer Melone, wobei ein Kern in die Luftwege gelangte. Auf keine Weise war es möglich, ihn wieder daraus zu entfernen. Während der ersten drei Monate stellten sich zu wiederholten Malen häufige Erstickungsanfälle ein, und so schnell hintereinander, dass sie dem Kinde jede Ruhe raubten. Die Dyspnoe nahm nach und nach ab, und nur bei dem Athmen hörte man ein eigenthümliches Rasseln. Niemals fühlte übrigens das Kind den fremden Körper sich bewegen noch bei Hustenanfällen seinen Platz verändern, was die Meinung, er sitze in einem der Ventrikel des Larynx fest, noch wahrscheinlicher machte. Das Kind war etwas abgemagert. Die gleich im Anfang angewandten Brechmittel waren von keinem Erfolge gewesen; man hatte jedem Heilversuche entsagt, als ein sehr einfaches Mittel den gewünschten Erfolg hatte. Dies war eine Prise Taback. Sie wirkte jedoch nicht durch Hervorrufung von Niesen, sondern führte nur eine geringe Störung von Seite des Magens, eine Art von Delirium, von grosser Schwäche begleitet, herbei. Dieser Zustand war aber nur ein vorübergehender, nach einem gelinden Hustenanfall erkannte man in dem ausgeworfenen Speichel den fremden, zwanzig Monate vorher eingebrachten Körper. Der Kern war erweicht, doch hatte seine Hülle keine Veränderung erlitten. (*Raccoglitore medico.*)

---

6. Fremder Körper, der zehn Jahre in den Luftwegen zurückgehalten wurde.

Dieser Fall reiht sich an den vorhergehenden an, und ist wegen dieser langen Dauer des Aufenthalts des fremden Körpers in den Luftwegen der Erwähnung werth.

Eine Frau, sagt Dr. Rose, führte mir eines Tages ihr sechs Jahre altes Kind zu. Nach der Aussage der Mutter hatte das Kind vor einer Woche die Frucht einer Buche, die es in den Mund genommen, in den Schlund hinabgleiten lassen. Es stellte sich darauf Suffokation ein, die fast drei Stunden dauerte. Beim Drucke auf den Schildknorpel rief man ein Gefühl von Stechen hervor. Die Respiration war von einem rauhen Tone begleitet; Hustenanfälle, mit geringer schleimiger Expektoration, stellten sich von Zeit zu Zeit ein. Indessen blieb der Appetit gut. Ein Emetikum wurde ohne Erfolg verordnet. Nach anderthalb Jahren fing die Gesundheit zu leiden an; das Mädchen verlor

den Appetit und war häufigem Erbrechen unterworfen. Eines Tages endlich warf es, nach einem heftigen Hustenanfall, ungefähr eine halbe Pinte purulenter Flüssigkeit aus. Hierauf nahm die Respiration wieder ihren natürlichen Ton an, und wurde freier. Alle zehn Tage expektorirte sie von Neuem eine halbe Pinte höchst fötiden Eiters. In den Zwischenzeiten hatte das Expektorirte keinen so unangenehmen Geruch.

Die Symptome dauerten so fort vom Mai 1814 bis zum Mai 1822. Um diese Zeit wurde der fremde Körper plötzlich bei einem Hustenanfalle ausgeworfen. Er war im November 1812 in den Larynx gefallen, und hatte folglich fast zehn Jahre dort gelegen. Nichtsdestoweniger zeigte er seine natürliche Gestalt, und war mit der Spalte auf einer Seite versehen. Mehrere zu Rathe gezogene Aerzte vermutheten, der fremde Körper hätte nichts zur Erzeugung der Symptome beigetragen, denn sie meinten, seiner Beschaffenheit nach zu urtheilen, hätte er sich während eines so langen Aufenthalts im Larynx nothwendiger Weise zersetzen müssen.

Der Einfluss auf die Gesundheit des Kindes war wahrhaft erstaunlich. Während der ganzen Zeit, wo sich der fremde Körper dort befand, schien das Wachsthum aufgehoben; obgleich 16 Jahre alt, war sie noch nicht menstruirt, und die Brüste hatten sich nicht entwickelt. Ausserdem konnte sie nicht einen Schritt gehen, ohne dass sich nicht Husten, Dyspnoe, ein Gefühl von Stechen im Halse einstellte. Eine Woche nach dem Auswurf der Frucht konnte sie ohne Ermüdung fast 7 Miles gehen. Ihre Brüste entwickelten sich bald, und nach zwei Jahren stellte sich die Menstruation ein. (*Provincial medic. Journ.*)

---

7. *Febris variolosa* ohne Ausschlag.

Dr. Richelot erzählt folgenden Fall: M., ein Mädchen von 8 Jahren, nicht vakzinirt, bietet am 12. November 1842 die ersten Symptome der damals in dem Stadttheile herrschenden Pocken dar. Die Krankheit verlief durch alle Stadien günstig. Die Heilung trat ohne Hinderniss ein.

L., der Bruder der vorigen Kranken, 14½ Jahre alt, im dritten Jahre mit augenscheinlichem Erfolge geimpft, erkrankte vierzehn Tage nach seiner Schwester. Die Krankheit begann mit folgenden Symptomen: Kopfschmerz, Schmerz in den Hypochondrien und im Epi-

gastrium, Uebelkeit, Erbrechen, Fieber (über 120 Pulsschläge), Schlaflosigkeit, Unruhe in der Nacht; die Augen sind entzündet. Am fünften Tage der Krankheit erscheinen kleine rothe, konische Knötchen, die kaum über der Haut hervorragen, im Gesicht, am Rumpf und auf den Extremitäten. Sie sind nicht sehr zahlreich und stehen vereinzelt; die Augen sind noch entzündet; keine Halsschmerzen; weisse, aber feuchte Zunge; Puls von 92 Schlägen; Mattigkeit. Die Behandlung beschränkte sich auf Ruhe, Enthaltung der Nahrungsmittel und einige Tassen eines *Inf. Herb. Violar.* Alles schien die Entwickelung von *Variolae discretae* oder von Varioloiden anzuzeigen. Der Ausschlag schritt aber nicht im geringsten weiter fort, sondern ging vollständig zu Grunde. Die Symptome liessen schnell nach, und in wenigen Tagen war das Kind gänzlich hergestellt.

A., der Bruder der beiden obigen Kranken, 11½ Jahre alt, war, als er ein halbes Jahr alt war, geimpft worden. Wie beim Bruder sieht man auf beiden Armen die deutlichen Spuren einer guten Vakzine. Zwei Tage nach dem Erkranken des Bruders stellt sich Kopfschmerz, Schmerzen in den Extremitäten, Uebelkeit, Erbrechen und somnolenter Zustand ein; Puls von 120 Schlägen. Kein Ausschlag erschien. Die Behandlung war eben so einfach, wie im vorigen Falle; die Symptome liessen allmälig nach, und es trat vollständige Genesung ein.

Ist es nicht eine sehr merkwürdige und interessante Erscheinung, bemerkt der Verf., wie das variolöse Gift auf diese drei in demselben Zimmer gelegene, und denselben Einflüssen ausgesetzte Kinder, von denen aber nur die beiden letzteren vakzinirt waren, eingewirkt hat? Bei allen dreien waren die allgemeinen oder konstitutionellen Symptome dieselben; bei dem Mädchen entwickelte sich dann ein vollkommen charakteristischer Pockenausschlag, während bei den beiden Knaben diese allgemeinen Symptome, d. h. das Pockenfieber, die ganze Krankheit konstituirten. Dieselbe trat anfangs mit sehr heftigen Symptomen auf, die sich aber schnell wieder verloren. Was der Bemerkung noch werth ist, ist diese Art des nicht zur Vollendung gelangten Ausschlages. Diese zu Grunde gegangenen Papeln haben viel Aehnlichkeit mit denen, welche sich bilden, wenn man ein mit Erfolg geimpftes Individuum von Neuem impft. (*Archives de médecine.*)

8. Ueber den Hydrocephalus, der in einer besonderen Periode des Lebens auftritt.

Dr. Henry Kennedy las im Mai vorigen Jahres in der *Obstetrical Society* in London einen Aufsatz über eine eigenthümliche Form von Hydrocephalus vor, die von anderen Aerzten noch nicht hinlänglich gewürdigt worden ist. Zwei oder drei Fälle von Formen der Krankheit sind von Abercrombie in seinem meisterhaften Werke aufgeführt worden; wiewohl er aber von Varietäten des Hydrocephalus spricht, erwähnt er doch der einen nicht, die Kennedy hier zum Gegenstande seines Vortrags gewählt hat. Dieselbe unterscheidet sich nicht durch die Symptome von den gewöhnlich vorkommenden Fällen der Krankheit, sondern nur dadurch, dass sie zu einer besonderen Zeit des Lebens auftritt. Sie ist nicht der Hydrocephalus der ersten Kinderjahre, sondern befällt das mehr vorgerückte Alter, und aus diesem Grunde hat man sie wahrscheinlich als nicht zu ersterem gehörig betrachtet; dennoch berechtigen ihre deutlich ausgesprochenen Charaktere dazu, sie zum Hydrocephalus zu zählen. In den letzten neun *Jahren* hat K. 30 Fälle der Art beobachtet. Die Affektion tritt auf *eine sehr* tückische Weise auf, nimmt einen ganz bestimmten Verlauf, und endet unglücklicher Weise zu oft tödtlich.

Die Zeit, in welcher man sie beobachtet, ist zwischen dem zwölften und fünfundzwanzigsten Jahre; gegen das funfzehnte Jahr stellt sie sich sehr häufig ein. Kennedy's Beobachtungen zufolge befällt sie häufiger Frauen als Männer, in dem Verhältniss von 2 : 1. Cheyne hat die Bemerkung gemacht, dass wenn der Hydrocephalus Personen über 10 Jahre ergreift, das weibliche Geschlecht vorzugsweise affizirt wird.

Die Krankheit beginnt meistens mit den gewöhnlichen fieberhaften Symptomen, jedoch in einer sehr milden Form; der Puls zeigt sich etwas frequenter, die Temperatur der Haut ist erhöht, die Zunge belegt und Kopfschmerz vorhanden. Gewöhnlich fängt sie so an, doch kann es auch vorkommen, dass der Kranke vier, fünf Tage oder noch länger über heftigen Kopfschmerz klagt, ehe ein anderes Symptom sich bemerkbar macht, und dabei umhergeht, ohne Rücksicht darauf zu nehmen. Er klagt dabei über Schwindel oder Schwere im Kopfe, und von Zeit zu Zeit tritt Schmerz hinzu. Ich habe, sagt K., in einer *Kostschule* mehr als einmal Mädchen gesehen, die in der Zeit vor dem *Anfalle* baten, man solle ihnen das Haar abschneiden. In einem Falle

kam ein Mädchen von 20 Jahren nicht so sauber gekleidet, wie gewöhnlich, zum Essen; am folgenden Tage zeigten sich die Symptome der Krankheit, und da erinnerte man sich, dass sie schon einige Tage vorher über den Kopf geklagt habe. Ich habe Beispiele gesehen, wo die Krankheit auf diese Weise begann, während die Kranken noch umhergingen, ihrer nächsten Umgebung jedoch etwas Ungewöhnliches in ihrem Aussehen auffiel, obgleich die Kranken selbst nicht die geringste Klage führten.

Die gewöhnlichste Art indess, wie die Krankheit ihren Anfang nimmt, ist, wie schon oben angeführt, unter Symptomen eines milden Fiebers. Die Mittel entsprechen allen Erwartungen, und Alles scheint zehn, zwölf oder vierzehn Tage hindurch sehr günstig zu verlaufen. Ich habe sogar den Kranken dem Anscheine nach so gesund gesehen, dass er das Bett verliess und für Konvaleszent erklärt ward, nach einem oder zwei Tage aber von der Krankheit ergriffen wurde. In der grössten Zahl der Fälle verliessen die Kranken das Bett nicht, bevor die charakteristischen Symptome sich zeigten. Manche Fälle lassen in der That die Meinung aufkommen, dass bis zum eilften oder vierzehnten Tage ein einfaches Fieber herrschte, dann aber die neue Krankheit zu diesem hinzutrat. Dies mag so sein, und es wäre von sehr grosser Wichtigkeit, es genau zu ermitteln; aus Gründen indessen, die weiter unten mitgetheilt werden sollen, war ich immer der Ansicht, dass nur eine Krankheit von Anfang an vorhanden war.

Im Beginne und oft vierzehn Tage lang waren die Symptome sehr milde, so dass die Zunge sich kaum belegt zeigte, der Kranke sogar nach Speise verlangte, und des Nachts schlief. Es kann ein geringer Kopfschmerz vorhanden sein, den eine lokale Blutentleerung sicher beseitigt, und der in manchen Fällen sogar so unbedeutend ist, dass man nur bei der genauesten Nachfrage von den Kranken darüber Auskunft erhält. Ist hingegen die Krankheit, von der ich hier spreche, einmal ausgebrochen, so ändern sich allmälig diese Symptome, oder richtiger gesagt, steigern sich etwas, jedoch in so geringem Grade, dass es schwer hält, den Tag zu bestimmen, an welchem sie auftrat. Die Zunge ist stärker belegt, die Haut zeigt eine fieberhafte Hitze, und der Puls, welcher zwischen 80 und 90 Schläge machte, steigt bis auf 100. Die Kranken klagen jetzt mehr über den Kopf, und geben darüber Auskunft. Ich bin zuweilen von der Wichtigkeit des Falles durch die Wärterin überführt worden, die mir anzeigte, der Kranke habe in der verflossenen Nacht nicht so gut geschlafen, wie gewöhnlich.

er hätte während eines Theils derselben im Schlafe gesprochen oder sei mit einem Schrei erwacht. Diese Reihe von Symptomen schien mir beachtungswerth zu sein, denn häufig währten sie drei, vier oder fünf Nächte, und doch schien der Kranke bei Tage so wohl zu sein, dass Niemand daran denken konnte, diese nächtlichen Symptome sollten irgend eine Folge haben. Zu anderen Zeiten war hingegen Erbrechen das erste Symptom, was meine Aufmerksamkeit in Anspruch nahm. Es trat entweder nur einmal auf, oder wiederholte sich, zeigte sich jedoch niemals in solchem Grade, wie im Hydrocephalus des kindlichen Alters, und fehlte in vielen Fällen ganz und gar. Es stellte sich häufiger des Morgens, als zu einer anderen Tageszeit ein.

Dieser Zustand dauerte ohne eine bemerkenswerthe Veränderung vier oder fünf Tage, bald kürzere bald längere Zeit, je nach den Umständen, und dann stellten sich andere Symptome ein. Der Kranke begann gegen Abend zu deliriren; um diese Zeit, oder manchmal schon früher, nahm das Gesicht einen stupiden Ausdruck an; fragte man den Kranken, so war er bei vollkommenem Bewusstsein und das Gesicht klärte sich auf; sich selbst überlassen, verfiel er wieder in denselben Zustand und zeigte eine Neigung zu schlummern. [1]) Während dieses Zeitraums, nämlich zwischen dem zwölften und sechszehnten Tage, von dem eigentlichen Beginn der Krankheit an, stieg der Puls bis auf 100 Schläge oder darüber, sehr selten aber bis auf 120; die Zunge war jetzt sehr belegt, und dieses Symptom zeigte sich sehr konstant. Die Kranken klagten jetzt mehr über den Kopf, besonders wenn man sie danach fragte; zuweilen sagten sie, sie hätten Schmerz, doch nur beim Husten. Der Schmerz nahm gewöhnlich die Stirngegend gerade über den Augen ein, erstreckte sich jedoch manchmal über den ganzen Kopf. Wurden Blutegel um diese Zeit gesetzt, so brachten sie wenigstens für 36 bis 48 Stunden Linderung; dies währte so zwei, drei oder vier Tage, wo es sich dann zuletzt offenbar zeigte, dass ein ernstliches Leiden stattfand. Zuweilen bestätigten dies auch die unwillkührlich abgehenden Ausleerungen; ein anderes Mal stellte sich Schielen ein, doch in so geringem Grade, dass es von Anderen bestritten wurde; es ist wahr, dass in der ersten Zeit wenigstens dies Symptom intermittirte, einen Augenblick vorhanden war, im nächsten wieder verschwand; zuweilen beobachtete man es nur, wenn man die Kranken

1) Cheyne und andere Schriftsteller haben besonders diesen Gesichtsausdruck im Hydrocephalus des kindlichen Alters angeführt.

sich selbst überliess, ging aber vorüber, sobald man mit ihnen sprach. Trat es nur in sehr geringem Grade auf, so konnte man es besser beobachten in einiger Entfernung vom Kranken; zuweilen zeigte es sich nur auf einem Auge, manchmal auf beiden. In mehr als einem Falle war dieser unbedeutende Grad von Strabismus das erste Symptom, welches meine Aufmerksamkeit erregte. Damit verbunden habe ich einige Fälle beobachtet, wo ein Augapfel starr auf einen Punkt gerichtet war; man übersieht dieses Symptom sehr leicht, richtet man aber einmal seine Aufmerksamkeit darauf, so kann es nicht übersehen werden. Es giebt, wie man leicht denken kann, dem Gesicht einen ganz eigenthümlichen Ausdruck. Der einzige Punkt, den ich in diesem Stadium der Krankheit über die Pupillen beobachtet habe, ist, dass die eine bisweilen weiter war als die andere; nicht dass sie erweitert gewesen wären, sondern sie waren an Grösse verschieden, obgleich die Stärke des Lichts dieselbe war. Die Gefässe des Augapfels waren etwas injizirt, doch in allen Fällen die Augenlider nur halb geöffnet, mit einer Neigung zum Schlummern; diese Ptosis war nur auf einem Auge sehr deutlich ausgesprochen. Im Ganzen waren die durch dieses Organ gelieferten Erscheinungen die wichtigsten und konstantesten von allen Symptomen der Krankheit. Das nächste der Beachtung werthe Symptom ist gewöhnlich der Puls. Es wurde schon oben angeführt, dass er beim Auftreten dieser Gehirnerscheinungen ein wenig beschleunigt wird, zwischen 90 und 108 Schläge macht, und dass diese Steigerung mit den anderen Erscheinungen Hand in Hand geht, und eine Zunahme des Fiebers andeutet; darauf jedoch folgte ein anderes Stadium, und im Verlauf von 24 Stunden fand man, dass er plötzlich sehr merklich an Frequenz abgenommen hatte. Ich habe mehrere Fälle aufgezeichnet, wo ein Puls von über 100 Schlägen in einem Tage auf 60, 55 und in einem Falle auf 48 fiel, und so zwei Tage lang blieb. Dies ist eine Erscheinung, die, wie Jeder weiss, im Hydrocephalus des kindlichen Alters sehr häufig beobachtet wird, indessen tritt sie noch deutlicher in der in Rede stehenden Krankheit hervor. Hatte der Puls einmal dies Stadium erreicht, so machte die Krankheit noch schnellere Fortschritte; der Puls, der ungefähr 48 Stunden so unverändert geblieben war, begann wiederum frequenter zu werden und verharrte so bis zum Tode, oft bis auf 130 bis 140 Schläge steigend. Das Bewusstsein nahm immer mehr und mehr ab, während es nicht schwer war, den Kranken zu ermuntern, zuletzt aber, als Koma hinzutrat, war dies nicht mehr möglich. Während der Zeit, wo

der Puls so retardirt war, sah ich die eine Seite des Körpers von Konvulsionen befallen werden, und wo dies nicht der Fall war, beobachtete man einen spastischen Zustand der oberen Extremitäten, gewöhnlich in den letzten zwei oder drei Tagen des Lebens. Verstopfung war nicht immer vorhanden. Die ganze Krankheit dauerte gewöhnlich gegen drei Wochen. Die Lage des Kranken im Bette ist fast unverändert auf einer Seite, und oft mit an den Leib angezogenen Schenkeln; gewöhnlich findet man die Hand des Kranken an den Kopf gelegt, und die Stirn selbst im Schlafe stark gerunzelt. Zwei Fälle beobachtete ich, wo die Kranken fast die ganze Nacht hindurch sangen, und nach derselben Melodie; in anderen knirschten sie mit unbeschreiblicher Heftigkeit mit den Zähnen.

Die Leichenbefunde sind sehr konstant. In den meisten Fällen ist die Arachnoidea an der Basis des Gehirns affizirt. Sie zeigt sich trübe, unter ihr befindet sich eine grosse Menge gelatinöser Lymphe, deren Farbe zwischen weiss und gelb variirt, und die immer besonders um die Sehnerven herum und in der *Fossa Sylvii* deutlich zu erkennen ist; nächst diesen Theilen ist der *Pons Varolii* der gewöhnlichste Sitz des Ergusses. Ich habe auch zuweilen, wiewohl selten, eine deutliche Schicht von Lymphe auf der Arachnoidea gefunden, und in drei Fällen hatte dieselbe ein körniges Ansehen, sehr kleinen Tuberkeln ähnlich, wie man sie oft im Gehirne der an Hydrocephalus gestorbenen Kinder antrifft. Die obere Fläche des Gehirns war vollkommen gesund, obgleich es sich manchmal mehr oder weniger mit Blut überfüllt zeigte, während eine seröse Flüssigkeit in geringer Menge unter der Arachnoidea wahrzunehmen war. Gewöhnlich war Erguss in die Ventrikel von einer halben bis zwei Unzen vorhanden. In den Lungen fand ich einmal die Spuren von Tuberkeln, als wenn sie schon lange abgelagert gewesen wären, von kalkartiger Beschaffenheit; in zwei Fällen hingegen waren sie neueren Ursprungs, doch gering an Zahl und im Stadium der Kruditāt. Im Unterleib beschränkten sich diese tuberkulösen Ablagerungen auf das Peritonäum, das ich zweimal mit einer dicken Schicht von Tuberkelmaterie bedeckt fand. Im Ganzen genommen konnte man es indess nicht als Regel aufstellen, dass krankhafte Veränderungen in der Brust oder im Unterleib angetroffen würden, und hierdurch unterscheidet sich diese Krankheit wesentlich von der gewöhnlichen Form des Hydrocephalus.

Dies sind die anatomischen Charaktere. Der affizirte Theil des *Gehirns* ist der Beachtung werth; es kann kein Zweifel obwalten, dass

die Krankheit sehr heimtückisch auftritt, auch wird durch Affektion jener Theile die Intelligenz weniger beeinträchtigt, als wenn andere Theile des Gehirns ergriffen sind, besonders die obere Fläche. Dass die Sehnerven mit in den Bereich der Krankheit gezogen, zeigten schon die während des Lebens so markirten Symptome. Was den Erguss in die Ventrikel und die Kongestion der Oberfläche anbetrifft, die man bisweilen findet, so halte ich sie für völlig sekundär, aber gewiss von Belang in Bezug auf die krankhaften Veränderungen an der *Basis cerebri.*

Die Veränderungen in der Brust und im Unterleibe kommen zu selten vor, um von irgend einer Wichtigkeit zu sein, doch, glaube ich, führen sie uns auf den richtigen Weg über die Natur der Krankheit, welche ich für skrophulös halte. Einige mögen meinen, die Anwesenheit der Tuberkeln sei nur eine Koinzidenz gewesen, und da sie so selten gefunden wurden, wäre wohl nichts dagegen einzuwenden. Ich erwähne indess als Entgegnung darauf, dass ich zwei erwachsene Personen, die von dieser Krankheit befallen wurden, behandelte, Bruder und Schwester; und ferner habe ich einen Erwachsenen daran leiden sehen in einer Familie, wo zwei oder drei Kinder früher an Hydrocephalus gestorben waren. Mit anderen Worten, die Krankheit tritt in Familien eben so auf wie der Hydrocephalus, woraus man wenigstens folgern könnte, dass sie etwas Spezifisches und Abweichendes von der gewöhnlichen Entzündung besitze.

Die Diagnose dieser Affektion ist keinesweges leicht. Die Krankheiten, mit denen sie am leichtesten verwechselt werden kann, sind im Beginn das einfache Fieber und später die Hysterie. Mit der ersteren dieser Affektionen habe ich sie wiederholt verwechseln sehen, auch kenne ich in der That kein charakteristisches Unterscheidungsmerkmal, wenigstens im Beginn. Der einzige Punkt ist der, dass zu einer Zeit, wo die Kranken sagen, es gehe ihnen von Tage zu Tage besser, etwas an ihnen wahrgenommen werden kann, was dieser Versicherung widerspricht. So zeigt sich, wenn sie behaupten, es gehe ihnen besser, die Zunge belegter, dies habe ich mehr als einmal beobachtet; und ferner, wenn der Kranke dringend nach Speise verlangt, hört man, dass er die Nacht schlaflos zugebracht habe. Dergleichen Umstände sollten immer Verdacht erregen, um so mehr, wenn man sie in einer Periode des Lebens antrifft, wo die Krankheit zu herrschen pflegt. Eine Regel kann ich als nützlich in diesen Fällen aufstellen, nämlich die, dass wenn sich bei Individuen von 15 Jahren während eines ge-

ringen Fiebers ein mürrisches, verdriessliches Wesen einstellt, es sehr wahrscheinlich von der eben beschriebenen Gehirnaffektion abhängig ist.

Diese Affektion des Gehirns ist ferner oft sehr schwer von der Hysterie zu unterscheiden. Ich gestehe offen, dass ich in zwei Fällen die eine für die andere gehalten habe; doch kann dies nur bei Frauen vorkommen. Es giebt zwei wichtige Unterscheidungsmerkmale der Hysterie, welche im Allgemeinen, obgleich nicht immer, als Mittel für die Diagnose dienen; das eine ist die Beschaffenheit des Urins, und das andere der Eindruck äusserer Gegenstände auf die Kranke, obgleich sie unempfindlich zu sein scheint.

Es ist nur wenig nöthig über die Prognose der Krankheit zu sagen; sie ist nämlich im höchsten Grade ungünstig. Mit wenigen Ausnahmen endeten alle Fälle tödtlich. Ich habe keine Genesung beobachtet, nachdem der Puls einmal langsam geworden war. Ob diese grosse Sterblichkeit von der spezifischen Natur der Krankheit abhängt, will ich nicht zu entscheiden wagen, doch wird dieser Gegenstand am besten bei der Behandlungsmethode besprochen werden.

Beim ersten Anblicke, und wenn man auf die krank*haften im* Gehirn gefundenen Veränderungen Rücksicht nimmt, könnte man geneigt sein anzunehmen, dass eine hinreichende Behandlung mit Recht Hoffnung auf Erfolg zulassen sollte. Ich habe die Behandlung bei dem ersten Auftreten der Gehirnerscheinungen beginnen sehen, und in jeder Hinsicht auf die verständigste Art geleitet, und doch nahm die Krankheit einen unglücklichen Ausgang. Merkur, Blutentziehungen, Jod, Blasenpflaster, Abführmittel, Diuretika und Jamespulver schlugen fehl. Bisweilen wurde der Organismus gar nicht affizirt vom Quecksilber, manchmal trat beträchtliche Salivation eine Woche vor dem tödtlichen Ausgange ein, ohne durch ihr Erscheinen den Verlauf zu modifiziren. Ich bin in Verlegenheit, wie ich dies erklären soll, ausgenommen durch die Annahme, die Entzündung sei eine spezifische. Es muss erwähnt werden, dass die Behandlung für die Dauer unwirksam war; im Gegentheil sah ich nach Blutentziehungen selten eine merkliche Erleichterung, und wenn auch die Kranken angaben, sich sehr wohl zu fühlen, so waren 48 Stunden hinreichend um diesen Wahn zu verscheuchen. Die Krankheit wurde in ihrem Laufe gehemmt, aber nicht beseitigt. Ich habe oben die Gründe angeführt, warum ich diese Affektion für skrophulöser Natur halte, wenn diese auch nicht *genügend* sein würden, so spricht doch die grosse Hartnäckigkeit der

Krankheit dafür. Der Zustand der Theile im Gehirn scheint auf keine sehr akute Entzündung hinzudeuten, im Gegentheil halte ich ihren Verlauf für einen sehr chronischen.

Die Behandlung, welche, wie ich glaube, eher dazu dient, die Bildung der Krankheit zu verhüten, als die schon gebildete zu heilen, besteht in lokalen, nach den Umständen wiederholten Blutentleerungen, vereint mit der uneumschränkten Anwendung des Merkurs und der Blasenpflaster. In dem nächsten Falle, der mir vorkommen sollte, werde ich, ausser anderen Mitteln, einen Versuch mit dem Opium machen. Ausser dass es im gewöhnlichen Hydrocephalus empfohlen ist, glaube ich, giebt es Gründe genug, anzunehmen, dass gewisse Entzündungen durch dieses Mittel mit gutem Erfolge behandelt werden.

K. schliesst seinen Vortrag mit Zusammenstellung der verschiedenen Punkte, die besondere Aufmerksamkeit verdienen.

1. Eine Affektion des Gehirns von hydrocephalischem Charakter ergreift nicht selten Individuen im Alter von 12 bis 25 Jahren.

2. Sie kömmt häufiger bei Frauen als bei Männern vor, im Verhältniss von 2 : 1.

3. In den meisten Fällen beginnt sie mit den Symptomen eines gelinden Fiebers, welches ohne Veränderung zehn, zwölf oder vierzehn Tage vorangeht.

4. Sie beginnt zuweilen mit einem heftigen Kopfschmerz, der einige Tage währt, während der Kranke noch im Stande ist, umherzugehen.

5. Wenn die Krankheit mit Fieber beginnt, so stellen sich die ersten Symptome der Wendung zum Schlechten gewöhnlich in der Nacht ein.

6. Eine deutliche Steigerung des Fiebers wird dann beobachtet.

7. Während des Fortschreitens der Krankheit bietet der Puls alle Charaktere des Hydrocephalus dar, und in bedeutendem Grade.

8. Alterationen am Auge gehören oft zu den ersten Symptomen, die eine Verschlechterung anzeigen.

9. Die Pathologie der Affektion ist grossentheils auf die Arachnoidea der *Basis cerebri* beschränkt, mit geringerem oder stärkerem Erguss in die Ventrikel.

10. Es sind viele Gründe zur Annahme vorhanden, dass die Entzündung eine spezifische, wahrscheinlich skrophulöse sei.

11. Hat sich einmal die Affektion entwickelt, so ist eine erfolgreiche Behandlung noch aufzufinden.

9. Einfache Mittel, um die durch Blutegelstiche erzeugte Blutung zu sistiren.

Dr. Morand hat sich oft zur Stillung der Blutung in Folge von Blutegelstichen eines Mittels bedient, welches er im *Recueil des travaux de la Société médicale de l'Indre-et-Loire* bekannt gemacht hat.

Man nimmt, sagt er, eine Mischung von 6 Theilen *Ol. Olivarum* und einem Theile gelben Wachses, bildet daraus eine Art von Kugel, die man schnell auf jeden Stich aufdrückt, nachdem man das ausfliessende Blut sorgfältig abgewischt hat; dies ist nothwendig, denn die geringste zwischen dem Mittel und der Haut sich befindende Flüssigkeit verhindert das Kleben desselben.

Mit dem Finger drückt man den Rand dieser Kugel auf die Haut auf, um das Festsitzen zu begünstigen. Findet dasselbe nicht statt, und fährt das Blut fort zu fliessen, so fügt man eine hinreichende Menge des fetten Körpers hinzu. Es bildet sich dann eine *Schicht*, die alle Stiche bedeckt, und deren Dicke wenigstens ein *Centimeter* betragen muss.

Ist die Mischung zu weich, so vermehrt man ihre Konsistenz durch Wachs.

Nachdem man diese Schicht lange genug unbedeckt liegen gelassen hat, und man hoffen kann, der Blutfluss werde nicht wieder eintreten, so legt man ein Stück feiner Leinewand darüber. Jeder komprimirende Verband ist unnöthig.

Morand nahm zum ersten Male bei einem Kinde von 4 Jahren zu diesem Mittel seine Zuflucht, das von einer heftigen Pleuritis befallen worden war. Zehn Blutegel waren auf die rechte Seite des Thorax applizirt worden. Das Blut floss in Strömen. Verschiedene Mittel wurden in Gebrauch gezogen, um es zu stillen, doch alle schlagen fehl. Der kleine Kranke war in einem Zustande von Entkräftung, der einen tödtlichen Ausgang befürchten liess. Morand kam daher auf den Gedanken, auf jede vorher abgewischte Wunde eine Kugel aus einem fetten Körper aufzulegen, durch dessen dicke Schicht das Blut nicht durchdringen könnte. Die Blutung stand sogleich.

Seitdem hat M. das Mittel häufig in Gebrauch gezogen, und es hat ihn nie im Stich gelassen.

Dr. Emmanuel Rousseau giebt in der *Gazette des hopitaux*

ein anderes Mittel an, nachdem er Einiges über die Blutegelstiche selbst vorangeschickt hat.

Die durch den Biss der Blutegel gebildeten dreieckigen Oeffnungen, sagt er, sind um so tiefer, je mehr das Gefässsystem in der Haut eingebettet liegt, oder je feiner und dünner die Haut ist. Der Blutfluss, der dann entsteht, war sehr oft tödtlich, sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen, was sehr zahlreiche Beispiele bei den Schriftstellern bestätigen. Ich spreche nicht hier von dem schlechten Erfolge einer von dem Arzte vorgeschriebenen und für nothwendig erachteten Blutentziehung, sondern nur von dem gegen seinen Willen zu lange andauernden Blutflusse, der allen angewandten Mitteln Trotz bietet.

Ein junges Mädchen von 17 Jahren, das ich behandelte, wurde in weniger als zwölf Stunden eine Beute des Todes in Folge einer Applikation von Blutegeln, indem einer der Zweige der *Vena epigastrica* nicht hinlänglich komprimirt werden konnte, um die Blutung zu stillen. Ich war nicht zu Hause; die Eltern versuchten vergebens verschiedene Mittel, unglücklicherweise wandten sie sich an keinen anderen Arzt, und als ich hinzukam, war es zu spät; die Kranke starb in Folge des Blutverlustes.

Mehr als je von der grossen Gefahr, durch die ich persönlich ein so grausames Beispiel zu beweinen hatte, überzeugt, machte ich verschiedene Versuche, und endlich kam ich darauf, einen gelinden und fortgesetzten Druck mittelst eines Glasröhrchens anzuwenden. Der vollständige Erfolg fordert mich auf, das kleine Instrument, dessen ich mich bediene, zu empfehlen; es ist ohne Zweifel noch sehr zu vervollkommnen, aber so wie es jetzt ist, bringt es schon einen unbestreitbaren Nutzen.

Seine geringe Grösse, seine Wohlfeilheit, die leichte Anwendung für Alle ohne Ausnahme, mit einem Wort, Alles lässt mich hoffen, dass es Beifall finden, und wirksam das kalte Wasser, das Spinngewebe, den Feuerschwamm, und die anderen sonst in Gebrauch gezogenen Mittel ersetzen werde; es wird ferner dadurch die schmerzhafte Anwendung der Kauterisation durch Säuren, durch *Lapis infernalis*, des rothglühenden Eisens, der eigends für die Blutegelstiche erfundenen Pinzetten, der Torsionspinzetten, vermieden; alle diese Mittel können auch nur von ganz geübten Leuten gehandhabt werden.

Das Instrument, das ich dagegen vorschlage, kann ohne nach-

theilige Folgen von Jedermann ohne Ausnahme angewandt werden, und besteht ganz einfach aus einem Zylinder und einem Stempel.

Der Zylinder ist von dickem Glase, was wesentlich ist, und muss ganz gerade sein, der Stempel muss sich ganz frei in demselben bewegen können, sein unteres Ende, mit einer gut befestigten Scheibe von Kork versehen, bewirkt eine sanfte Reibung und einen weniger schmerzhaften, aber desto vollständigeren Druck, der obere Theil, den man mit den Fingern fasst, bildet einen Kopf, der mittelst einer Schraube an den Körper des Stempels angefügt ist; letzterer selbst ist im Inneren hohl, und bildet so eine Art Etui, bestimmt, ein blutstillendes Pulver aufzunehmen.

Man bedient sich dieser Vorrichtung auf folgende Weise: Die Dicke des Zylinders ist von der Art, dass ein sehr grosser Blutegel leicht in denselben hineingethan werden kann, durch den Stempel gegen die innere Oeffnung des Apparats getrieben, und an die Haut angedrückt, muss er an der Stelle anbeissen, welche man bestimmt; der sehr kleine Raum gestattet ihm nicht, einen anderen Ort zu *wählen*.

Will man die Blutung stillen, so drückt man, je nachdem *es nöthig* ist, schwächer oder stärker mit dem Stempel auf die *Wunde, entweder* mittelst eines blutstillenden Pulvers, oder mittelst englischen Pflasters, nachdem man vorher das aus der Stichwunde ausfliessende Blut so gut als möglich abgewischt hat. Man muss hierbei schnell zu Werke gehen, und einen hinreichenden Druck anwenden, dessen Wirkung, durch Aufhebung der Zirkulation an der bestimmten Stelle, fast immer sicher ist.

---

10. Anwendung der Klystiere von *Asa foetida* und des *Syrup. Kali sulphurati* beim Keuchhusten.

Dr. Adrien Bérenguier theilt im ***Journal de médecine et chirurgie*** folgende Beobachtungen mit:

Zwei Hauptindikationen bieten sich dem Arzte in der Behandlung des Keuchhustens dar: 1) er muss vor Allem jenen krampfhaften Zustand, der die Paroxysmen hervorruft, und dem Husten einen speziellen Charakter giebt, bekämpfen; 2) er muss die Reizung, oder besser die veränderte Sekretion der Bronchialschleimhaut zu modifiziren suchen. Der ersten Indikation schien mir die ***Asa foetida*** besser zu entsprechen, als die Belladonna und alle anderen Sedativa. Der ***Syrup. Kali***

sulphurati **hat mir nicht geringere Dienste geleistet zur Beseitigung der chronischen Entzündung der Bronchien, die bisweilen noch lange Zeit nach dem Aufhören des krampfhaften Zustandes der Luftwege fortbesteht.**

Seit langer Zeit erkennen die Aerzte einstimmig die trefflichen Wirkungen der Gummiresinen in allen nervösen Affektionen der Respirationsorgane an; auch mich hat die klinische Erfahrung über ihren Nutzen beim *Catarrhus suffocativus*, der während der kalten Jahreszeit alte Leute, die am chronischen Katarrh leiden, befällt und schnell hinwegrafft, belehrt. Guibert und Kopp haben die *Asa foetida* in der *Tussis convulsiva* gerühmt. Da es sehr schwierig ist, sie Kindern in Mixtur beizubringen, so kam ich auf den Gedanken, sie im Klystier zu verordnen. Ich habe sie in jedem Alter versucht, und immer gefunden, dass die Paroxysmen an Stärke und Frequenz abnahmen; ich gab sie in der Dosis von ℈j bis ℈iß.

Der Keuchhusten herrschte an dem Orte, wo ich als Arzt fungire, epidemisch. Ich wandte die *Asa foetida* erst an, nachdem die Mittel, die gewöhnlich in Gebrauch gezogen werden, wie Ipekakuanha, Belladonna, *Empl. Tart. stibiat.* u. s. w., fehlgeschlagen hatten; nachdem ich zwei bis drei Klystiere von *Asa foetida* hatte geben lassen, verringerten sich jedesmal die spastischen Zufälle; der Auswurf der zähen und schaumigen Sputa nahm ab, der bis dahin konvulsivische Husten ging in einen einfachen katarrhalischen über; um diese Zeit verordnete ich mit Erfolg den *Syrup. Kali sulphurati* (gr. j auf ℥v eines passenden schleimigen Syrups). Unter anderen Beobachtungen hebe ich die zwei folgenden, als geeignet, die guten Wirkungen der *Asa foetida* gegen den Keuchhusten darzuthun, hervor.

Jean M., 7 Jahre alt, von kräftiger Konstitution, litt seit 10 Tagen an einem sehr heftigen Keuchhusten; er hatte schon den *Syrup. Belladonnae* und zweimal die Ipekakuanha in brechenerregender Dosis genommen. Am 28. Januar hinzugerufen, fand ich das Kind mit aufgedunsenem Gesichte, bläulich gefärbten Lippen; es hustete unaufhörlich, indem die Paroxysmen sich alle zehn Minuten einstellten; ein Schleimrasseln mit grossen Blasen war in der ganzen Brust zu hören, der Puls war unregelmässig und sehr frequent, die Digestion lag danieder u. s. w. Ein so heftiges Leiden konnte nicht länger bestehen, ohne den Tod des kleinen Kranken herbeizuführen. Ich verordnete zwei Klystiere mit ℈j *Asa foetida*, eine Tisane und den Syrup. *Herb. Tussilaginis.*

Am nächsten Tage fand ich den Kranken weniger leidend, die Paroxysmen traten nur alle zwei Stunden ein, das Gesicht war nicht mehr so geschwollen, der Puls regelmässig, das Rasselgeräusch nicht so stark, und an dem unteren Theile des Thorax hatte sich ein pfeifender Rhonchus eingestellt. Es wurden noch zwei Klystiere mit *Asa foetida* verordnet.

Sie bewirkten, dass die Paroxysmen noch seltener eintraten und von kürzerer Dauer waren. Am 1. Februar hatte der Husten die krampfhafte Form verloren, war voll geworden und dem der gewöhnlichen katarrhalischen Affektionen ähnlich. Ich glaubte daher zum *Syrup. Kali sulphurati* übergehen zu können, der die fortdauernde Reizung der Bronchialschleimhaut zu heben im Stande ist. Bei seinem Gebrauche wurde das Kind schnell vollkommen hergestellt.

Françoise B., 15 Jahre alt, seit einem Jahre menstruirt, wurde von einem Keuchhusten heimgesucht, dessen Paroxysmen sich alle zwei oder drei Stunden wiederholten. Ihre Krankheit dauerte schon drei Wochen. Sie hatte schon den *Syrup. Belladonnae* und den englischen Syrup in Verbindung mit einigen Granen Ipekakuanha genommen, ein *Empl. Tart. stibiat.* war zwischen den Schultern gelegt worden, als man die Kranke mir übergab. Die Augenlider waren geschwollen, schleimiger und pfeifender Rhonchus liessen sich in beiden Lungen hören, jedem Hustenanfalle folgte der Auswurf einer beträchtlichen Menge schaumiger Massen; der Puls war sehr frequent, kein Appetit und Schmerz im Epigastrium beim Druck.

Da die Kranke schon erwachsen war, so verordnete ich das *Kali sulphuratum* in grosser Dosis, nach der Methode des Dr. Blaud. Dies Mittel brachte keine Veränderung in den Paroxysmen hervor, und ohne auf seine fernere Anwendung zu bestehen, verordnete ich zwei Klystiere mit *Asa foetida* täglich, die Tisane und die *Herb. Tussilaginis*.

Am nächsten Tage fand ich eine merkliche Besserung. Die Paroxysmen stellten sich nur alle fünf oder sechs Stunden ein, die Augenlider waren nur noch etwas geschwollen. Dieselbe Verordnung wurde wiederholt, und nach zwei Tagen blieb nur noch ein katarrhalischer Husten zurück. Der Auswurf unterschied sich durch nichts von dem in der chronischen Bronchitis, der Appetit stellte sich wieder ein, und nachdem die Kranke den *Syrup. Kali sulphurati* gebraucht hatte, war sie vollständig genesen.

---

11. *Caput obstipum*, abhängig von einer tetanischen Affektion des *M. sternocleidomastoideus* und krampfhaften Zusammenziehung des *M. trapezius*, die durch eine traumatische Verletzung der Wirbelsäule bedingt wurden.

Dr. Labatt führt im *Dublin medical Press* folgenden theoretisch und praktisch interessanten Fall an:

Ein Kind von 4 Jahren, vorher vollkommen gesund, wurde am 14. September 1841 ins Krankenhaus gebracht. Die Mutter berichtete, dass es beim Oeffnen eines Fensters von diesem gegen die Wand geworfen wurde. Gleich darauf befand es sich wohl, schien nur an jenem Tage und am nächstfolgenden etwas missmüthig zu sein. Bald darauf bemerkte aber die Mutter, dass der Körper sich auf die rechte Seite neigte, und der Gang unsicher zu sein schien.

Man fand bei der Untersuchung eine bedeutende Neigung des Körpers nach der rechten Seite. Das rechte Schulterblatt steht zwei Zoll niedriger als das linke. Das Gesicht ist nach der linken Seite gewandt, so dass das Kinn einen Zoll weit die Mittellinie des Körpers überschreitet. Will man den Kopf in die normale Lage bringen, so nimmt er schnell seine fehlerhafte Stellung wieder an. Der rechte *M. sternocleidomastoideus* zeigt eine bedeutende Rigidität, und der *M. trapezius* derselben Seite ist gespannt. Die Spannung der Bauchmuskeln der rechten Seite kontrastirt sehr mit der weichen, nachgiebigen Beschaffenheit der der entgegengesetzten Körperhälfte. Mit Ausnahme einer geringen Beschwerde beim Gehen, sind die Bewegungen der Arme und Beine nicht gestört. Eine kleine Ekchymose befindet sich auf der *Sutura frontalis*, jedoch empfindet der Kranke keinen Schmerz an dieser Stelle, eben so wenig wie an jedem anderen Punkte des Körpers, sondern nur eine Mattigkeit in dem unteren Theile der rechten Seite des Rumpfes.

Die Behandlung bestand in Applikation von Blutegeln am Halse, zwei Vesikatorien im Nacken, und in dem inneren Gebrauch von *Rad. Jalappae*, theils mit Kalomel, theils mit Sublimat. Der Kopf nahm nach und nach seine normale Richtung wieder an, und am 6. Oktober war das Kind vollständig hergestellt.

Bis zum 22. März 1843 hörte man nichts von dem Kinde, wo die Mutter es wegen einer Neigung des Kopfes nach der rechten Seite wieder zurückbrachte. Der linke Sternocleidomastoideus schien jetzt mehr hervorzuspringen als der rechte, besonders die sich ans Schlüs-

selbein inserirende Portion. Es war keine Rigidität des Trapezius vorhanden, kein Herabgesunkensein des Schulterblatts. Die Eltern wollten das Kind keiner Behandlung unterwerfen.

Der Zufall verschaffte dem Dr. Labatt die Gelegenheit das Kind am 29. Januar 1844 nochmals zu sehen. Der linke Sternocleidomastoideus war damals noch stärker als der rechte, welcher abgeplattet und atrophisch zu sein schien. Der Kopf war nach rechts gedreht; gab man ihm die normale Stellung, so nahm er nur allmälig die fehlerhafte Richtung wieder an. Befahl man dem Kinde, seine linke Schulter anzublicken, so konnte es dies nur mit grosser Anstrengung ausführen. Der allgemeine Gesundheitszustand war befriedigend; Nachts stellten sich einige Zuckungen ein. Ein Blasenpflaster und Einreibungen mit *Ung. mercuriale* beseitigten sie. Man wandte darauf Einreibungen mit einem Liniment, welches *Tinct. Nucis vomicae* enthielt, an; doch war am 12. Februar noch keine Besserung eingetreten. Der Verf. schliesst mit der Bemerkung, dass die Durchschneidung des Muskels ihm jetzt das einzige Mittel zur Heilung zu sein scheint.

Dieser Fall liefert das Beispiel eines *Caput obstipum, wo* Ursache und Wirkung so klar vor Augen liegen, als man es *nur* wünschen kann. Obwohl man heute ziemlich allgemein annimmt, dass die Kontrakturen der Muskeln, die Quelle so vieler angeborenen Entstellungen, von einer Alteration der Nervenzentren herrühren, so widersetzten sich doch einige Aerzte dieser auf so viele Analogieen und materielle Beweise gegründeten Lehre. Ihr hauptsächlichster Einwand ist der, dass eine Alteration des Gehirns und Rückenmarks sich nicht durch Störungen äussern kann, die so genau umgrenzt sind, wie die Kontraktur eines Muskels oder eines Muskelbündels, und sie führen hierbei die allgemeinen Konvulsionen, die ausgebreiteten Lähmungen, die fast immer Kopfwunden oder spontane Verletzungen des Rückenmarks begleiten, als Beweise an. Der obige Fall liefert aber ein genaues symptomatologisches Bild des *Caput obstipum,* wie man es gewöhnlich beobachtet, jedoch entstanden durch eine offenbare Verletzung des Rückenmarks. Es bleibt also ausgemacht, dass ein wirkliches Leiden der Nervenzentren bestehen kann, ohne allgemeine Störungen hervorzubringen, und in den Funktionen des Muskelapparats andere Modifikationen zu bedingen, als die Kontraktion eines oder mehrerer isolirter Muskeln.

---

12. Plötzlicher Tod durch einen Haufen skrophulöser Massen, die die Luftröhre verstopfen, verursacht.

Die Fälle von Erstickung durch in den Larynx gelangte fremde Körper kommen sehr häufig vor; vielleicht aber hat die Wissenschaft noch keinen dem folgenden ähnlichen Fall aufzuweisen, den Professor Geoghegan im *Dublin medical Press* mittheilt, wo nämlich die Erstickung durch den Organismus selbst herbeigeführt wurde.

Ein Kind von 5½ Jahren, das sich noch acht Tage vor dem Tode ganz wohl befand, fing an zu husten, wobei es über Schmerz oberhalb des rechten Schlüsselbeins klagte. Am vierten Tage wurde ihm ein Emetikum gegeben, das bedeutende Erleichterung zur Folge hatte; das Kind fuhr fort zu essen, und war wie früher heiter. Als sich am sechsten Tage ein unbedeutendes Rasselgeräusch im oberen Theile der Brust hören liess, wurde ein Blasenpflaster gelegt, und einige Pulver aus Kalomel und Ipekakuanha verordnet. Kaum waren fünf Minuten nach Einnahme des ersten Pulvers vergangen, als es über den Magen klagte, das Gesicht eine livide Färbung annahm, und sich eine ungeheure Athmungsbeschwerde mit Schaum vor dem Munde, Hervortreten der Augen aus den Augenhöhlen und allgemeiner Anschwellung einstellte. Ein auf der Stelle herbeigerufener Arzt, der die Symptome einer heftigen Gehirnaffektion fand, entzog etwas Blut, worauf zwar eine momentane Erleichterung folgte, jedoch das Kind ungefähr eine Stunde nach Beginn dieser furchtbaren Zufälle starb.

Die Sektion wurde 28 Stunden nach dem Tode gemacht. Die Schädelhöhle bietet nichts Abnormes dar. Die Schleimhaut des Larynx ist von lebhafter Röthe und sehr injizirt, die Glottis und Epiglottis scheinen von normaler Beschaffenheit zu sein. Beim Eingehen in die Trachea, deren Schleimhaut eine sehr schöne baumförmige Injektion zeigt, findet man deren unteren Theil nahe der Bifurkation vollkommen durch 3 Unzen skrophulöser Massen verstopft, die völlig von den Geweben getrennt, in zähen Schleim eingehüllt und jede von der Grösse einer gewöhnlichen Erbse sind. Da das Kind, nach Aussage der Eltern, einige Augenblicke vor dem Auftreten des Anfalls, der den Tod herbeiführte, ein Biscuit gegessen hatte, so glaubte man, trotz der gelben Farbe jener Massen und ihrer bedeutenden Konsistenz, es wären die Reste des Kuchens; aber durch Behandlung mit der *Tinct. Jodi* konnte man keine Spur von Amylum auffinden, wiewohl dasselbe Reagens die im Magen vorhandenen Speisen erkennen liess. Diese kleinen

Haufen boten alle Charaktere des geronnenen Eiweisses dar, und glichen dem Aussehen und der Struktur nach genau den angeschwollenen Bronchialdrüsen, die man hinter der Bifurkation der Trachea fand, ohne dass sie aber mit der Höhle derselben in Verbindung standen.

Beim Einschneiden eines Bronchus der rechten Lunge wurde eine gelbliche, käsige Masse blossgelegt, die sich ganz an der Wurzel derselben befand, und eine mit einer feinen, glatten Membran ausgekleidete Höhle ausfüllte, an welcher sie lose anhing, jedoch nicht mit ihr organisch verbunden war. Ihre äusseren Theile waren weich, das Innere fester; an einer Stelle stand sie mit einer Bronchialdrüse in Berührung.

Krankhaft veränderte Drüsen, der in der Luftröhre vorgefundenen Masse ganz ähnlich, liegen hinter der Kardia des Magens.

Die Mesenterialdrüsen und Baucheingeweide sind von gesunder Beschaffenheit. So wie man den Thorax öffnete, sprangen die Lungen, emphysematisch, bleich und nur in geringem Grade mit Blut angefüllt, sogleich hervor; beim Einschnitt in die rechte Lunge sieht man kleine Eitertropfen aus den Enden der getheilten Bronchialröhren hervordringen, und die Schleimhaut, die letztere bekleidet, ist, wiewohl sie keine Spur von Entzündung zeigt, mit derselben Flüssigkeit bedeckt. Das Parenchym der Lunge selbst ist vollkommen normal.

---

13. Bericht über eine mit dem Namen Frieselfieber belegte Epidemie, die sich durch bedeutende typhöse Erscheinungen, Brand der Rachen- und Nasenhöhle, Entzündung der lymphatischen Drüsen des Halses und einen mit Exanthem verbundenen vesikulösen Ausschlag ohne Schweisse charakterisirte, von Dr. Caternon zu Granville.

Die Epidemie folgte einer epidemischen Konstitution verschiedener Hautaffektionen; Kinder von vierzehn Jahren und darunter wurden allein ergriffen. Die Epidemie trat unter zwei Hauptformen auf: die erste war ein typhöses Fieber mit oder ohne Hautausschlag, mit oder ohne gangränöse Zerstörungen; die zweite ein Schleimfieber, bei dem ein Ausschlag entweder auftrat oder nicht.

Obgleich mit dem Namen Frieselfieber belegt, hat die Krankheit nur sehr unbedeutende Symptome von Seiten der Haut dargeboten; die bedeutendsten waren offenbar von Störung innerer Organe

abhängig. Weil aber der Hautausschlag ziemlich konstant war, und man in vielen anderen Typhusepidemieen denselben nicht beobachtet, glaubt der Verf. die Krankheit Frieselfieber nennen zu können.

Vom Anfang an zeigte sich eine tiefe und allgemeine Störung, sehr deutlich ausgesprochene Schwäche und Eingenommenheit des Kopfes mit bedeutendem Fieber; 48 Stunden nach dem Auftreten der Krankheit bemerkte man in Folge von Blutentleerungen, Abführmitteln, Blasenpflastern, vielleicht auch durch den Ausbruch des Ausschlages bedingt, eine plötzliche und vollkommene Besserung. Nach vier Stunden trat der beunruhigende Zustand wieder ein, und der Tod erfolgte in 24 Stunden.

Bei allen Kranken fand im Beginn Unwohlsein, Kopfschmerz, Frost und Erbrechen statt; kurz darauf anhaltendes Fieber, Trockenheit und Hitze der Haut; bei sehr wenigen vorübergehende, kaum bemerkbare Schweisse; Puls klein, schwach und sehr frequent. Dabei Mattigkeit, Eingenommenheit des Kopfes, Stupor, unruhige Träume. Bei allen Kranken ohne Ausnahme fand eine entzündliche Affektion der lymphatischen Drüsen des Halses und Eiterung einiger derselben statt. Gewöhnlich wurde die Zunge bald dick belegt und es stellte sich Durchfall ein; bei allen waren im Anfang leichte anginöse Erscheinungen, bei fünf Kindern Brand der Rachenschleimhaut, mit fötidem Ausfluss aus Nase und Mund vorhanden. Niemals zeigte sich vor dem zweiten Tage, oft erst nach dem dritten, und nur kurze Zeit dauernd, der miliarartige Ausschlag, bald mit bald ohne Desquamation. Dauerte die Krankheit länger als eine Woche, so wurde das Nervensystem noch mehr ergriffen, und deutlichere Zeichen eines entzündlichen Leidens des Darmkanals traten auf; Zunge roth und trocken. Ausgänge der Krankheit waren der Tod vor Ende der ersten Woche; Genesung in der ersten Woche bei der nicht so heftigen Form, in der zweiten, dritten und selbst vierten, wo die nervösen Erscheinungen und die Affektion des Darmkanals sehr bedeutend gewesen waren.

Die grosse Hitze und Dürre des Sommers 1842, der fortwährende Aufenthalt der Kinder in der brennenden Sonne, die ungesunde Lage der Häuser, oft auch eine schlechte Nahrung, trugen sehr viel zur Entwickelung der krankhaften Affektion bei. Die Krankheit war nicht kontagiös.

Die Prognose war schlecht, wo deutlich ausgesprochene Symptome eines Ergriffenseins des Gehirns und ein fötider Ausfluss aus Nase und Mund stattfand; der Tod konnte schnell eintreten. Ueberlebte der

Kranke hingegen die erste Woche, so stellte sich die Prognose günstiger. Zwei Kinder starben an konsekutiven Krankheiten, bei dem einen stellte sich Oedem des Gesichts und der unteren Extremitäten ein, und bald darauf ein ***Oedema glottidis***, bei dem anderen ein Krup.

Wo die Krankheit mit grosser Heftigkeit auftrat, war jede Heilmethode vergeblich. Bei anderen weniger Leidenden hatten Blutentziehungen einen günstigen Erfolg; doch durften sie nur sehr vorsichtig angewandt werden. Blutegel wurden auf die unteren Extremitäten, an die ***Processus mastoidei*** und am Halse applizirt. Gleichfalls waren Vesikatore auf die Waden, Schenkel und selbst im Nacken von Nutzen. Sechsmal wurde das Kalomel mit Nutzen angewandt, in den meisten Fällen aber blos schleimige Mittel, emollirende Kataplasmata auf den Unterleib und Hals, Blasenpflaster auf die Waden, und ein einfaches diätetisches Regimen. Diese einfache Behandlung führte immer zum Ziele.

---

14. Tuberkeln der Lunge bei Kindern.

Dr. Robert Cassels führt folgenden Fall von Phthisis bei einem Knaben von drei Jahren an, der durch die ungewöhnliche Erscheinung von Erweichung und Ulzeration der tuberkulösen Massen im unteren Theile der Lunge, während sich in der Spitze harte, halb durchscheinende, hirsekornartige Tuberkeln befanden, der Erwähnung werth ist.

Der Knabe hatte sich bis vor wenigen Wochen einer guten Gesundheit erfreut, als ein geringer trockener Husten, erschwerte Respiration eintrat, und das sonst kräftige muntere Kind sich gegen die geringste Anstrengung abgeneigt zeigte. Schnelle Abmagerung und ein fieberhafter Zustand beunruhigten die Mutter, die sich zuletzt entschloss, im Krankenhause ärztliche Hülfe zu suchen. Als ich den Kranken zum ersten Male sah, litt er an einem quälenden Husten, purulenter Expektoration, bedeutender Athembeschwerde, frequentem Pulse, nächtlichen Schweissen und Durchfall. Bei der Untersuchung fand ich einen kräftigen Herzimpuls, die Herztöne undeutlich, aber keine abnormen Geräusche; die Perkussion ergab auf der rechten Seite der Brust einen dumpfen Ton und ebenfalls über dem Schlüsselbein der *linken* Seite; kein Athmungsgeräusch war in irgend einem Theile der *rechten* Seite zu hören, dabei Bronchophonie über der Brustdrüse. In

der Mammargegend war beim Husten ein deutliches Rasseln vernehmbar; unterhalb derselben hörte man kavernöses Athmen und Pektoriloquie. Das Kind starb drei Monate später.

Bei der Sektion fand man die rechte Lunge im oberen und hinteren Theile dicht mit harten, halb durchsichtigen Miliartuberkeln angefüllt, im mittleren Lappen waren Tuberkeln im Kruditätsstadium von käseartiger Konsistenz in dichten Haufen abgelagert. Der untere Lappen zeigte einen unregelmässigen Eindruck an seiner Oberfläche, und beim Einschnitt fand man eine grosse Kaverne, die ungefähr eine Drachme purulenter Materie enthielt. Die linke Lunge war von gesunderer Beschaffenheit, indem nur der obere Theil kleine Tuberkeln enthielt. Die Bronchialdrüsen waren bedeutend vergrössert und enthielten gelbe tuberkulöse Massen. In beiden Pleurasäcken fand sich ein bedeutender Erguss. Das Perikardium enthielt ungefähr eine halbe Unze Serum; das Herz war etwas grösser, aber sonst normal. Die Mesenterialdrüsen waren stark angeschwollen und eine käsige Masse in ihnen abgelagert. Nahe an zwei Pinten Serum waren in die Bauchhöhle ergossen. (*The Lancet.*)

---

15. Merkwürdiger Fall von Frühreife bei einem männlichen Kinde.

Dieser Fall ist von Dr. Lopez im Missisippistaate beobachtet worden; er betrifft ein Kind männlichen Geschlechts, welches am 7. April 1839 geboren wurde, und zu der Zeit, als es der Dr. Lopez sah, ungefähr 3 Jahre alt war. Folgendes sind nun die Proportionen, welche vom Dr. Lopez selbst mit der grössten Genauigkeit aufgenommen worden sind:

Gewicht	82 Pfund.
Grösse	4 Fuss und ½ Zoll.
Breite der Schultern	16½ Zoll.
Umfang der Brust	27½ -
- des Bauches	27 -
- des Oberschenkels	19 -
- der Wade	12½ -
- des *M. biceps*	11 -
- des Arms	9½ -
- des Halses	13½ -

Umfang des Kopfes von der Spitze des einen Ohrs zu der des andern . .	12½ Zoll.
Durchmesser vom Hinterhaupt bis zur Glabella	17½ –
Umfang des Kopfes	22 –
Länge des Gesichts	6½ –
– des Arms	20 –
– des Penis	4 –
Umfang des Penis	3¼ –

Der Hodensack hat sich in denselben Verhältnissen wie der Penis entwickelt, die Hoden selbst sind jedoch noch nicht aus dem Unterleibe herabgestiegen. Der *Mons veneris* ist schon seit 2 Jahren mit dichten krausen Haaren besetzt. Auch hat das Kind einen Schnur- und Backenbart, der von Tag zu Tag wächst. Die Achselhöhlen sind mit Haaren besetzt, die Brüste stark entwickelt, die Haare stark und kraus. Die Zähne sind 20 an der Zahl, tragen alle Charaktere der ersten Dentition, und sind schon im ersten Jahre durchgebrochen. Die Stimme ist stark accentuirt, die Aussprache deutlich. Die Gemüthstimmung des Kindes ist in der Regel heiter; nur, wenn es gereizt wird, geräth es in Wuth, und Bestrafung vermag nichts über dasselbe. Solche Zornanfälle sind übrigens sehr selten. Mit Leichtigkeit hebt es einen Menschen von 140 Pfund Gewicht von der Erde auf, und spaltet durch einen Schlag mit der Axt einen Holzklotz, der dem eigenen Körper an Grösse nichts nachgiebt. Gesicht, Hals, Schultern und Brust sind mit einer reichlichen Eruption von *Acne simplex* bedeckt.

Ob dies Kind bereits wollüstige Begierden hegt, kann man nicht bestimmt behaupten, doch ist es zu vermuthen, da man im Hemde von Zeit zu Zeit Flecken findet, welche auf Pollutionen hindeuten. Stuhlgang hat es nur alle 3 Tage, zuweilen selbst in 8 Tagen nur einmal, ohne davon Unbehaglichkeit zu verspüren. Krank war es noch nie; es schläft vortrefflich während der Nacht, und ist am Tage stets heiter und guter Dinge. Appetit und Verdauung können nicht besser sein. Wenn es Urin lässt, so geschieht dies in einem starken Strahle. Der Puls ist voll und regelmässig und macht 84 Schläge in der Minute.

Zwei andere Kinder derselben Eltern unterscheiden sich von gewöhnlichen Kindern nicht im geringsten.

Zu bemerken ist, dass bei der Geburt dieses Kindes der Nabelstrang ungewöhnliche Dimensionen zeigte, welche man leider versäumte

genau aufzunehmen. (*The American Journal of the medical science.*)

V. Verhandlungen gelehrter Vereine und Gesellschaften.

A. *Académie des Médecine* in Paris.

1. Nachtheile zu früher Vakzination.

In der Sitzung vom 23. April erhob sich bei Gelegenheit des Berichts über die im Jahre 1842 in Frankreich vorgenommenen Vakzinationen, welche Bousquet vorlas, eine Diskussion über das alte, noch immer nicht gelöste Thema, nämlich über die Dauer und Zuverlässigkeit der Schutzkraft der Vakzine. Bei dieser Gelegenheit fragte Villeneuve, ob es nicht thunlich und gut sei, die Kinder gleich bei der Geburt zu impfen; es sei dieses eine Frage, die wohl angeregt zu werden verdiene.

Bousquet: Die Frage sei schon erörtert worden; Pichon tadelt die in zu zartem Alter vorgenommene Vakzination; er (Bousquet) habe jedoch nie die von Pichon angegebenen Nachtheile gesehen; das Warten und Temporisiren mit der Impfung halte er für viel nachtheiliger, obwohl auch Baron sich gegen die zu frühe Impfung erklärt. Baron hat gefunden, dass Vakzination in den ersten zwei Monaten nach der Geburt sehr oft Diarrhöe, mehr oder minder heftige Gastroenteritis und dergleichen bewirkt. Ueber drei oder vier Monate vertragen die Kinder die Vakzination viel besser. — Es ist dieses Alles bekannt, aber es verdient die Frage doch von Neuem untersucht zu werden, da aus den von Baron angegebenen Zufällen vielleicht gefolgert werden kann, dass die Vakzine früher nach der Geburt eingeimpft viel intensiver eindringe.

---

2. Antagonismus zwischen der *Gangraena nosocomialis* und den Skropheln.

Da die Frage über den pathologischen Antagonismus, von Boudin angeregt, an der Tagesordnung ist, so wurden der Akademie zwei Fälle von Dr. Brunache mitgetheilt, wo der Hospitalbrand eine an-

tagonistische oder heilsame Kraft gegen die Skrophulosis bewährte, und obwohl dieselben sich auf Erwachsene beziehen, so können wir doch nicht umhin, sie hier mitzutheilen, weil die Skrophulosis eine der häufigsten Kinderkrankheiten ist.

Ein Soldat, von deutlich ausgesprochener skrophulöser Konstitution, wurde im Hôtel-Dieu zu Marseille an einem skrophulösen Geschwür über dem rechten Schlüsselbeine behandelt; dasselbe war von graulichem Aussehen, und hatte sich seit vierzehn Tagen in Folge einer Anschwellung der Cervikaldrüsen entwickelt. Die Geschwürsränder waren etwas vom Grunde abgelöst, in dessen Mitte sich ein fistulöser Gang öffnete, der sich einen Zoll weit gegen die angeschwollenen Drüsen erstreckte.

Der Kranke war seit einem Monate mit Jod äusserlich und innerlich behandelt worden, und in den fistulösen Gang wurden theils emollirende Injektionen, theils Einspritzungen mit *Argent. nitric.* gemacht. Die Krankheit hatte sich nicht im geringsten gebessert, als der Kranke vom Hospitalbrande ergriffen wurde. Vier Tage darauf hatte das Geschwür am Halse einen sehr bedeutenden Umfang erreicht, aber schon war die Anschwellung der lymphatischen Drüsen vollständig *verschwunden.*

Am achten Tage war der Hospitalbrand durch ein energisches, aber rein antiphlogistisches Verfahren beseitigt worden; am 12ten war die Wunde vernarbt, und kurze Zeit darauf ging der Kranke vollkommen geheilt aus dem Hospital, ohne irgend ein Zeichen der skrophulösen Diathesis.

T., blond, vom lymphatischer Konstitution, war über einen Monat mit einer bedeutenden Anschwellung des rechten Ellenbogengelenks behaftet, die alle Charaktere eines *Tumor albus* darbot. Die Enden der Knochen waren deutlich angeschwollen und schmerzhaft; jede Bewegung des Vorderarms gegen den Oberarm war unmöglich; ein bedeutendes Geschwür am hinteren Theile des Ellenbogens, über dem Olekranon, war vorhanden, in dessen Grunde sich mehrere fistulöse Gänge öffneten.

Sieben Monate hindurch war der Kranke, ohne dass sich eine Besserung zeigte, mit Jod innerlich und äusserlich behandelt worden; Seebäder und die Applikation des Glüheisens wurden ohne Erfolg angewandt. Mehrere neue Fistelgänge hatten sich um das Gelenk herum geöffnet; die Abmagerung war sehr bedeutend, und die Kräfte nahmen immer mehr ab.

Vor mehreren Tagen hatte man den Kranken mit der Absicht,

das Glied zu amputiren, bekannt gemacht, als er vom Hospitalbrande ergriffen wurde. Acht Tage darauf war derselbe beseitigt, und vierzehn Tage später alle Fistelgänge vernarbt. Die Anschwellung des Gelenks hatte sich bedeutend vermindert, die Bewegungen des Vorderarms stellten sich zum Theil wieder her und verursachten nicht den geringsten Schmerz.

Die Knochen waren mehrere Monate nachher noch angeschwollen, aber keineswegs der Sitz irgend eines pathologischen Prozesses; übrigens erfreute sich der Kranke einer vollkommenen Gesundheit.

B. *Royal Medical and Chirurgical Society* in London.

Ueber die Zusammensetzung des Mekonium und der *Vernix caseosa* Neugeborener.

Dr. John Davy theilte Folgendes über die Zusammensetzung des Mekonium und der *Vernix caseosa* mit:

Die mikroskopische Untersuchung des Mekonium ist von grossem Interesse, und giebt über seine Zusammensetzung Aufschluss; es besteht aus einer Mischung von Kügelchen, Membranen und Molekülen. Die Kügelchen, ungefähr $\frac{1}{800}$″ im Durchmesser, sind in grosser Menge vorhanden, und bilden einen Hauptbestandtheil des Ganzen. Nach ihrer Gestalt und Grösse zu urtheilen, und ihrer Unlöslichkeit in Wasser und Alkohol, könnte man annehmen, sie beständen ganz aus Schleim. Von den Membranen giebt es zwei Arten, eine von unregelmässiger Form, $\frac{1}{3000}$ bis $\frac{1}{1000}$″ im Durchmesser, in Wasser, heissem oder kaltem Alkohol, verdünnten Säuren und Alkalien unlöslich, gleicht den Epitheliumzellen, wofür sie auch D. hält. Die andere Art, von regelmässiger Gestalt, sehr dünn und durchsichtig, in Wasser, Säuren und kaltem Alkohol unlöslich, in heissem aber löslich, ist durch diese Eigenschaft der Cholesterine ähnlich. Die Moleküle variiren der Grösse nach von $\frac{1}{8000}$ bis $\frac{1}{30000}$″ im Durchmesser, und da sie in Wasser unlöslich und in Alkalien löslich sind, so scheinen sie hauptsächlich aus Fett zu bestehen.

Ausser diesen Bestandtheilen, denen das Mekonium seine dicke Konsistenz und zähe Beschaffenheit verdankt, ist noch ein anderes Ingredienz vorhanden, von dem die Farbe und der Geschmack der Masse und wahrscheinlich ihre Eigenschaft, der Fäulniss zu widerstehen, ab-

hängig ist, und welches mit dem bitteren und färbenden Stoffe der Galle identisch zu sein scheint. — Das spezifische Gewicht des Mekonium ist grösser als das des Wassers, es sinkt in einer gesättigten Auflösung von gewöhnlichem Salz von dem spezifischen Gewicht 1,187 zu Boden. Die Quantitäten von Mekonium, die D. erhalten, waren zu gering, um eine genaue Analyse zuzulassen; doch in einem Versuche wurde das Verhältniss der Bestandtheile des von einem gesunden Kinde gleich nach der Geburt erhaltenen Mekonium bestimmt, und die erhaltenen Resultate nach Prozenten waren folgende; diese Verhältnisse, meint D., kann man als ziemlich genau ansehen.

Schleim und Epitheliumzellen	23,6
Cholesterine und Margarine	0,7
Färbender und bitterer Bestandtheil der Galle und Oleine	3,0
Wasser	72,7
	100,0.

Ein Theil desselben Mekonium wurde verbrannt; es brannte mit einer hellen Flamme und liess 69 pCt. einer röthlichen, *hauptsächlich* aus Eisenoxyd und Magnesia bestehenden Asche, mit einer Spur von phosphorsaurem Kalk und Chlornatrium, zurück.

Die *Vernix caseosa*, mikroskopisch untersucht, fand sich aus Kügelchen, Membranen und Molekülen zusammengesetzt. Die Membranen bilden den Hauptbestandtheil, sie haben alle Eigenschaften des Epitheliums; die Kügelchen so wie die Moleküle die der Fettkügelchen. Die Membranen sind unlöslich in schwachen Säuren, Alkalien und in heissem und kaltem Alkohol; sie haben eine unregelmässige Form, und ihre Grösse varürt von $\frac{1}{666}$ bis $\frac{1}{1000}$'' im Durchmesser. Die Vernix ist anscheinend leichter als Wasser, auf dem sie schwimmt; doch rührt dies von der in ihr enthaltenen Luft her. Wird sie unter die Luftpumpe gebracht, so sinkt sie in Wasser unter; das spezifische Gewicht ist 1,0039. In gewöhnlichem Zustande, bei einer Temperatur von 60° von der Konsistenz der Butter, wird sie hart bei niedrigerem Wärmegrade, geht aber fast in einen halbflüssigen Zustand über, wenn die Temperatur steigt, z. B. bis 100°; daher ist sie geeignet bei der Geburt eine schlüpfrige Substanz zu bilden.

Eine Quantität sehr reiner Vernix wurde der Analyse unterworfen und bestand aus:

Epitheliumstücken	13,25
Oleine	5,75
Margarine	3,13
Wasser	77,87
	100,00.

D. bemerkt, dass, wenn man theoretisch die Bildung beider Substanzen berücksichtigt, die obigen Resultate offenbar darzuthun scheinen, dass beide Exkrete sind; das Mekonium hauptsächlich von der Leber, und die *Vernix caseosa* von der Haut abgesondert wird. Er bezieht sich dabei auf die Meinung Raspail's, dass ein Theil des Mekonium aus den Zotten der Darmschleimhaut besteht, führt aber an, dass er vergeblich diese Bestandtheile, die Raspail beschrieben, aufgesucht habe.

Vauquelin und Buniva stellen in Folge der Untersuchung der *Vernix caseosa* die Ansicht auf, dass dieselbe kein Sekret der kindlichen Haut, sondern eine Ablagerung aus dem *Liquor amnii* auf die Körperfläche sei. Diese Meinung braucht nicht widerlegt zu werden. Bichat entgegnete darauf, dass man keine solche Ablagerung auf dem Nabelstrange und auf der inneren Fläche des Amnion fände, und kam zu dem Schlusse, der viel richtiger zu sein scheint, dass sie von der Haut des Kindes abgesondert wird, und ein Sekret ist, welches denen gleicht, die während des Lebens von manchen Theilen des Hautsystems sezernirt werden.

VI. Miszellen und Notizen.

Das *Oleum Papaveris* als Surrogat des *Ol. jecoris Aselli.* In den *Annales de la société de médecine d'Anvers* findet sich eine interessante Zusammenstellung der von Dr. Dubois zu Tournay angestellten Untersuchungen über das *Ol. Papaveris.*

Das *Ol. jecoris Aselli* hat sich einen verdienten Ruf als antiskrophulöses Mittel erworben; aber wie schätzbar dasselbe auch in therapeutischer Hinsicht sein mag, so ist es den Kranken nicht immer zur Hand; ferner ist es theuer und von bisweilen unerträglichem Geschmacke. Dubois hat daher den Aerzten und Kranken einen wahrhaften Dienst zu leisten geglaubt, dass er an die Stelle des *Ol. jecoris* das *Ol. Papaveris* anzuwenden vorschlug, dem es an Wirksam-

keit nicht nachsteht, während ihm die unangenehmen Eigenschaften fehlen.

Das *Ol. Papaveris* oder weisse Oel, wie es im Handel heisst, findet sich überall. Man erhält es durch Auspressen der Saamen von *Papaver somniferum;* es schmeckt angenehm, und ist nicht sehr theuer, so dass man es oft mit *Ol. Olivarum* vereinigen kann. Deshalb wählte es Dubois vor allen anderen Oelen aus, um damit Versuche anzustellen. Er verordnete es Kranken, die sich in den ungünstigsten hygieinen Umständen befanden; 28 Beobachtungen in verschiedenen skrophulösen Krankheiten theilt er mit, wo er sich von der Wirkung des Oels überzeugte; besonders in der Rhachitis und Karies hätte das *Ol. jecoris* keine trefflicheren Resultate zur Folge haben können.

Die Dosis, in der das Oel gereicht wird, ist dieselbe wie beim *Ol. jecoris.* Kindern giebt man es in halben oder ganzen Esslöffeln Morgens und Abends, und vermehrt diese Gabe allmälig. Uebrigens bemerkt Dubois für die Aerzte, die seine Versuche wiederholen wollten, dass die Rhachitis und *Caries scrophulosa* im Winter *viel* schwerer zu beseitigen sind als im Sommer, weshalb man *die Behandlung* dieser Krankheiten nur während der guten Jahreszeit unternehmen soll.

Anwendung des Senfs bei Konvulsionen der Kinder. Dr. Tripler behandelte einen Fall von Konvulsionen in Folge der Dentition mit Senf, den er seiner Brechen erregenden Wirkungen wegen anwandte; er hatte vorher *Tartarus stibiatus, Cuprum sulphuricum, Zincum sulphuricum* und die gewöhnlichen Emetika ohne irgend einen Erfolg verordnet. Wenige Minuten nach seiner Anwendung beseitigte er einen furchtbaren Anfall von Konvulsionen, der fünf Stunden gedauert hatte. Auch später zog er ihn in mehreren anderen Fällen mit gleichem Erfolg in Gebrauch. Seine Wirksamkeit schien nicht von der brechenerregenden Eigenschaft abhängig zu sein. [1])

Behandlungsmethoden der Chorea. Bei einem Kinde von 13 Jahren, das durch unaufhörliche Masturbationen sehr herunterge-

1) Dr. T. hätte nur die Dosis, die Art der Anwendung u. dergl. aufführen sollen. Anmerk. d. Referent.

kommen war, hatte Thibaud die Chorea durch Kampher geheilt, nachdem er das *Extr. Valerianae, Extr. Hyoscyami* und andere Mittel ohne Erfolg angewandt hatte.

Er verordnete Pillen folgender Mischung:

℞ *Camphor.* gr. xv,
Extr. Opii gummos. gr. iß,
m. f. pill. No. xij.
CDS. Täglich 4 Stück.

Zum Einreiben in die Wirbelsäule wendete er folgendes Liniment an:

℞ *Camphor.* ʒiß,
solve in
Ol. Olivar. ℥j.

Dabei Klysmata 2mal täglich mit gr. xviij Kampher. In den Nacken wurde ein Vesikator gelegt, und folgendes Pulver aufgestreut:

℞ *Morphii sulphur.* gr. j,
Camphor. ℈j,
m. f. pulv.
Divid. in part. aequales ij.
DS. Morgens und Abends ein Pulver einzustreuen.

Täglich reichte er: *Extr. Chinae* gr. x.

Diese verschiedenen Arten, den Kampher anzuwenden, wurden sukzessive in Gebrauch gezogen, und einige Zeit hindurch fortgesetzt.

Dr. Bonmeau bedient sich in der Chorea folgenden Pulvers:

℞ *Limatur. Martis* gr. ij,
Extr. Opii gummos. gr. $\frac{1}{8}$ — gr. $\frac{1}{4}$,
Extr. Chinae gr. iv,
m. f. pulv.
DS. Morgens und Abends ein Pulver.

Nach acht Tagen vermehrt man steigend die Dosis des Eisens und Opiums.

Ueber den Puls bei Kindern. Im zweiten Bande der *Mémoires de la Société médicale d'Observation de Paris* hat Valleix seine neuen „Untersuchungen über die Frequenz des Pulses bei Neugeborenen und bei Kindern im Alter von sieben Monaten bis sechs Jahren" veröffentlicht.

Die Beobachter haben ohne Zweifel so abweichende Resultate über die Frequenz des Pulses bei Kindern erhalten, weil sie sie unter sehr verschiedenen Umständen untersuchten.

Valleix hat auf die Zeit des Tages, auf die Temperatur, die Bewegungen, den Schlaf, die verschiedenen Gemüthszustände, das Alter und Geschlecht des Kindes Rücksicht genommen. Er zieht aus seiner Arbeit folgende Schlüsse:

1. Bei Neugeborenen ist der Puls nicht so frequent als bei Kindern von einem halben Jahre. Die Mittelzahl im Schlafe ist 87 Schläge, und muss im wachen Zustande zwischen 90 und 100 sein.

2. Die Steigerung der Temperatur beschleunigt immer den Puls, doch hat man noch nicht genau das Verhältniss festsetzen können, welches zwischen dieser Beschleunigung des Pulses und der Wärmezunahme stattfindet.

3. Der Einfluss des Geschlechts ist schon sehr beträchtlich bei jungen Kindern; der Puls kleiner Mädchen ist viel frequenter als der kleiner Knaben.

4. Während des Schlafes nimmt der Puls bedeutend an Frequenz ab.

5. Vom siebenten bis zum siebenundzwanzigsten Monate ändert sich die Zahl der Pulsschläge nicht sehr merklich. Die mittlere Zahl ist 126, und ohne Unterschied des Geschlechts; nimmt man auf diesen letzteren Umstand Rücksicht, so findet man bei Knaben 121, bei Mädchen 128.

6. Die mittlere Zahl der Inspirationen bei Kindern von einem halben Jahre bis zu 2½ Jahren liegt zwischen 30 und 32, und verhält sich zu der Zahl der Pulsschläge wie 1 : 4.

Gebrauch der Brechmittel im *Catarrhus acutus* der Kinder. Der akute Katarrh, der bei Erwachsenen kaum eine Krankheit zu nennen ist, tritt bei Kindern als eine sehr wichtige Affektion auf. Dr. Dassit preist den Aerzten die Wirksamkeit der Brechmittel in dieser Lungenaffektion an. Er verfährt auf folgende Weise mit dem besten Erfolge: Der kleine Kranke nimmt nüchtern ℥iß *Syr. Ipecacuanhae* mit gr. j *Tart. stibiat.*, in zwei Theile getheilt, Morgens oder zu irgend einer anderen Tageszeit. Es erfolgt sieben- oder achtmal und noch öfter Erbrechen. Das Kind verfällt in einen bedeutenden Schwächezustand, wodurch aber fast augenblicklich die Respirationsbeschwerde aufhört. Die Krankheit wird in ihrem Verlaufe aufgehalten. D. meint, den Ansichten der italiänischen Schule zufolge, dass die Brechmittel durch den allgemeinen Kollapsus, den sie erzeugen,

durch ihre kontrastimulirende Eigenschaft eine solche Wirkung zur Folge haben.

Die Salzsäure als Präservativ gegen das Scharlach. Dr. Godelle zu Soissons hat zufällig in der Salzsäure ein mächtiges Präservativ gegen die Skarlatina entdeckt. In dem ganzen Thale der Oise herrschte eine bösartige Scharlachepidemie, welche zahlreiche Opfer dahinraffte. Die Belladonna fehlte in dem Lande. Er liess überall Räucherungen mit Chlordämpfen machen, gab die Salzsäure als Getränk, in Form der Limonade, und liess Gurgelwässer davon bereiten. Er touchirte die Geschwüre im Halse und in der Mundhöhle damit. Alle die, welche das Mittel anwenden konnten, wurden gerettet. „Ich empfahl", sagt G., „das Gurgelwasser allen denen, die noch nicht angesteckt waren, und alle, ohne Ausnahme, blieben geschützt."

Godelle nimmt an, dass die Salzsäure zerstörend auf das Scharlachgift einwirkt. Nach ihm ergreift dasselbe zuerst die Rachenhöhle. Herrscht das Scharlach an einem Orte, so sollen alle Individuen, die die Krankheit noch nicht gehabt haben, drei- oder viermal täglich sich des Gurgelwassers bedienen, und sie werden geschützt sein; haben sich aber einmal Halsschmerz und die andern Symptome eingestellt, so soll der Kranke sich nicht allein des *Acid. muriaticum* als Gurgelwasser, sondern auch in Form der Limonade oder in Mixtur bedienen. Ist die Krankheit nicht verhindert worden, so wird doch ihr Verlauf ruhiger und regelmässiger sein.

Das Gargarisma, dessen sich G. bedient, ist folgendes:

℞ *Aq. commun.* ℥iv,
Acid. muriatic. gutt. ij — iv,
Syr. moror. ℥j.

MDS. Ein Esslössel davon ist 4 bis 6mal täglich in den Mund zu nehmen, doch darf die Mischung nicht heruntergeschluckt werden. Mit der Dosis der Säure ist nach dem Alter und der Empfindlichkeit der Kinder zu steigen.

Die Limonade ist folgendermaassen zusammengesetzt:

℞ *Aq. commun.* ℔ iij,
Acid. muriatic. ʒβ — ʒj,
Sacchar. q. s.
In einem Tage zu verbrauchen.

Für Kinder ist die Menge der Salzsäure um die Hälfte zu verringern.

Epilepsie durch Abtreibung von Würmern geheilt. — Dr. Michel erzählt, dass er bei einem Mädchen von 10 Jahren, die seit fünf Jahren an epileptischen Anfällen gelitten, das Opium, die Belladonna, die Revulsiva u. s. w. ohne Erfolg angewandt habe. Er ging dann zum Gebrauch des von Ideler in Berlin empfohlenen Indigo über, das er mehrere Tage hindurch mit Honig zu ℈j täglich verordnete. In den kopiösen Stuhlausleerungen, die es hervorrief, entdeckte man jedesmal 5 — 6 Lumbrizi; er beförderte die Entleerung der Würmer durch Kalomel gr. viij, und zwei Tage darauf durch Darreichung des *Ol. Ricini* ℥j mit *Ol. Croton.* gutt. ij.

Mehrere Würmer gingen ab, und seit dieser Zeit wurde das Kind stärker und die frühere Heiterkeit stellte sich wieder ein. Fünf Monate nachher war noch kein neuer Anfall eingetreten.

Detreyne führt einen tonisirenden Syrup für Kinder an, der folgendermaassen zusammengesetzt ist:

℞ *Syr. Chinae c. Vino praepar.* ℥ij,
Syr. Rhei,
Syr. antiscorbut. āā ℥j.
MDS.

Kindern von einem halben bis einem Jahre giebt man einen Kinderlöffel täglich, von einem bis sechs Jahren zwei Kinderlöffel, über 6 Jahren drei Kinderlöffel, Morgens, Mittags und Abends. Man kann auch im Nothfall folgende Mischung dafür anwenden:

℞ *Vin. Malac.,*
Syr. Rhei,
Syr. gummos. āā ℥ij,
Chinin. sulphur. gr. iij.
MDS. Anwendung wie oben.

VII. Bibliographie.

Stafford, R. A. *Two Essays on the Diseases of the Spine: 1) on Angular Curvature of the Spine and its Treatment; 2) on the Treatment of lateral Curvature by Gravitation, lateral Exercise etc.* London 1844, 8. pp. 92. 5 Sh.

JOURNAL

FÜR

KINDERKRANKHEITEN.

Jedes Jahr erscheinen 12 Hefte in 2 Bänden. — Gute Original-Aufsätze über Kinderkrankh. werden erbeten und am Schlusse jedes Bandes gut honorirt.

Aufsätze, Abhandlungen, Schriften, Werke, Journale etc. für die Redaktion dieses Journals beliebe man kostenfrei an den Verleger einzusenden.

BAND III.] BERLIN, SEPTEMBER 1844. [HEFT 3.

I. Abhandlungen und Originalaufsätze.

Interessante Fälle aus der Praxis, von Dr. Heymann, prakt. Arzte in Friedeberg in der Neumark.

I. Anämie mit *Morbus Brightii,* geheilt durch die Anwendung der Martialia.

Amalie P., 10½ Jahre alt, von gesunden Eltern geboren, hat an keinem anderen Uebel gelitten, ausser vor 5 Jahren an den Masern, und im Sommer vorigen Jahres an den Varioloiden. Im November vorigen Jahres, wo ich zu der Kleinen, die, nach Angabe der Mutter, seit 4 Wochen zu kränkeln angefangen hatte, gerufen wurde, fand ich dieselbe klagend über heftige Schmerzen in der Gegend der Glabella, die des Morgens exazerbirten, so wie über Schmerzen in der Magengegend, die nach dem Genusse jeglicher, auch der blandesten Speisen, sich steigerten, verbunden mit Uebligkeiten und Erbrechen wässeriger Massen. Ausserdem klagte die kleine Patientin über Ermüdung bei der geringsten Bewegung, ein Gefühl von Luftmangel, besonders beim Treppensteigen, und über Herzklopfen. Die objektive Untersuchung lehrte Folgendes: Die Farbe des Gesichts war bleich, ähnlich der einer Chlorotischen, die *Tunica conjunctiva* und die Schleimhaut der Mundhöhle waren blass. Die Untersuchung der Brust- und Bauchorgane zeigte nichts Normwidriges. Die Kleine holte auf meine Aufforderung tief Luft, dehnte den Thorax vollkommen aus, hatte aber, wie ich mich selbst überzeugte, beim Treppensteigen ein Gefühl von Apnoe, das sie zum Stillstehen zwang. Der Herz- und Pulsschlag war schwach, ziemlich frequent (90 — 100 Schläge in der Minute); die Herztöne waren deutlich, ohne eigentliches Aftergeräusch; dagegen nahm ich bei der Untersuchung der Karotis der rechten Seite deutlich den *Strepitus follicularis* wahr.

Die Patientin hatte einen *Fluor albus*, der die Schaamlefzen ein wenig wund gemacht hatte. Der Appetit war gut, nur fürchtete das Mädchen wegen der Steigerung der Schmerzen den Genuss der Speisen. Dabei litt sie an Leibesverstopfung, so dass oft nur alle 3—4 Tage eine Entleerung fester, verbrannter Massen erfolgte. Normal war die Sekretion des Urins, der weder in qualitativer, noch in quantitativer Beziehung, abgesehen von einer gewissen Blässe, abwich. Eine Steigerung der Symptome gegen Abend konnte ich nicht beobachten. Der Schlaf in der Nacht war ziemlich gut.

Unter diesen Umständen hielt ich die Krankheit für Anämie. Dafür sprachen die Blässe des Gesichts und der Schleimhäute, der *Strepitus follicularis*, der *Fluor albus*, und die subjektiven Empfindungen von Kopfschmerzen, Mattigkeit, Apnoe und Herzklopfen. Gegen wirkliche Chlorosis sprachen das Alter des Kindes und die Abwesenheit aller *Molimina menstrualia*.

Die Aetiologie war sehr dunkel. Das Kind hatte stets eine gute diätetische Pflege, sowohl in Bezug auf Nahrung, als auch auf Wohnung. Sie wurde weder geistig durch vieles Lernen, noch körperlich durch grobe Arbeiten angestrengt. Ich konnte kein anderes Moment auffinden, als das einer ererbten Anlage, indem die Mutter, so wie deren Schwester, angeblich schon im zwölften Jahre an ähnlichen Zufällen und fast bis zur Verheirathung an Chlorosis gelitten haben. Die Mutter wusste auch nicht anzugeben, welcher Umstand bei dem Kinde den Ausbruch der Krankheit, die sich allmälig bildete, bewirkt hätte.

In der Voraussetzung, dass dem Blute des Kindes der Eisengehalt ganz oder theilweise mangelte, verordnete ich 3mal täglich folgendes Pulver:

℞ *Ferri lactici grana tria,*
Sacchari lactis scrupulum dimidium,
m. f. pulvis.

Dabei setzte ich das Kind auf leicht verdauliche Diät, liess dasselbe aus der Schule entfernen und viel herumspazieren. Die tägliche Leibesöffnung suchte ich, nicht auf pharmazeutischem Wege, sondern durch Reiben des Unterleibes mit trockenem Flanell mit Erfolg hervorzurufen. Acht Tage wurde diese Kur leider ohne Erfolg angewandt. Darauf verordnete ich ausserdem noch Eisenbäder, und zwar einen Tag um den anderen. Allein auch diese Mittel hatten keinen besonderen Effekt. Deshalb wurde ich von der Mutter, 3 Wochen nach begonnener Kur, verabschiedet, zumal da ich auf die Idee der-

selben, das Leiden ihres Kindes beruhe auf Würmern, nicht eingehen konnte.

Drei Monate nachher, nämlich im Anfange Aprils dieses Jahres, wurde ich wiederum zu dem Kinde, welches während dieser Zeit mit vielen Anthelminthicis und mit Bandwurmkuren aller Art traktirt war, geholt, weil dasselbe angeblich seit drei Wochen das Bett hüten muss, und seit zwölf Tagen Geschwulst im Gesicht sich zeigte. Ich fand das Kind, ausser an den oben genannten Erscheinungen von Anämie, noch an folgenden Zufällen leidend: Das Kind hatte Oedem des Gesichts, besonders ausgeprägt in der Gegend der Augen, Anasarka der Ober- und Unterextremitäten, und einen ziemlich bedeutenden Aszites. Der Appetit lag ganz danieder, die Zunge hatte einen weissen Belag, mit bedeutender Entwickelung der Papillen. Das Zahnfleisch zeigte, anstatt der früheren Blässe, skorbutische Beschaffenheit. Hierzu kam ein lenteszirendes Fieber, indem gegen Abend Frost eintrat, dem Hitze folgte, welche dem Kinde den Schlaf raubte. Ausserdem zeigte dasselbe vermehrten Durst und hatte sehr reichliche, wässerige Stühle. Bei der Untersuchung des spärlich abgesonderten Urins, dessen Farbe bald normal, bald wasserhell, bald trübe war, fand der hiesige Apotheker Decker, dass derselbe alkalisch reagire, und gekocht, Eiweiss enthalte.

Wir hatten nun in unserer kleinen Kranken ein komplizirtes Krankheitsbild: 1) die Anämie, 2) den *Morbus Brightii*, im vorgerückten Stadium. Der Ansicht Schoenleins gemäss, beruht der *Morbus Brightii*, oder um mich seines Ausdrucks zu bedienen, die Albuminurie, nicht auf einer Entzündung oder sonstigen Affektion der Nieren, sondern auf einer Krankheit des Blutes. Deshalb glaubte ich auch, dass diese Albuminurie bei unserer kleinen Kranken mit ihrem ursprünglichen Leiden, der Anämie, zusammenhänge. Die okkasionelle Ursache zur Entstehung der Krankheit war wohl die schwächende Behandlung durch die mehrere Monate fortgesetzte Anwendung der Anthelminthika. Ich setzte nun das Kind wieder auf leicht animalische Diät, verordnete wiederum 3mal täglich die obigen Pulver (*Fer. lactic.* gr. iij, *Sacch. lact.* ℈β). Ausserdem wurden täglich Eisenbäder mit lauwarmen Uebergiessungen von einer Abkochung von *Radix Calami aromatici* angewandt. Diese Kur hatte einen sehr günstigen Erfolg. Schon vier Wochen nach Anwendung derselben, im Anfang des Mai, war das Fieber fast ganz geschwunden. Der Appetit hatte sich wieder eingefunden, und die Stühle waren normal; eben so

hatten sich die hydropischen Erscheinungen ermässigt. Die Beschaffenheit des Urins hatte sich noch nicht geändert. Ende Mai waren die hydropischen Erscheinungen ganz geschwunden, der Urin bekam eine normale Beschaffenheit, indem er anfing sauer zu reagiren und den Eiweissgehalt gänzlich verlor. Allmälig fingen die Wangen an sich zu röthen, und die subjektiven Empfindungen von Apnoe, von Herzklopfen, und die Kopfschmerzen zu schwinden. Am 18. Juni konnte ich den bis dahin wahrnehmbaren *Strepitus follicularis* in der Karotis der rechten Seite nicht mehr hören. Von dieser Zeit an ist das Kind ohne alle ärztliche Behandlung und befindet sich sehr wohl.

Dieser Fall beweist klar, dass *Morbus Brightii* auf einer Krankheit des Blutes beruht, und dass die Granulation der Nieren nicht Faktor, sondern Produkt derselben Krankheit ist, welche die hydropische Affektion hervorruft. Es ist daher von Wichtigkeit, dass man in allen Fällen von *Morbus Brightii* das Blut einer genauen chemischen und physikalischen Untersuchung unterwirft, da ich überzeugt bin, dass sehr verschiedene Krankheiten des Blutes dieses merkwürdige Uebel erzeugen.

Ferner zeigt dieser Fall, wie vorsichtig man mit der schwächenden Behandlung sein muss. Dieser weit vorgeschrittene Fall von *Morbus Brightii* wurde bei Berücksichtigung der Präterita durch Martialia geheilt. Welchen Schaden hätten nicht hier alle antiphlogistische oder sekretionsbefördernde Mittel angerichtet? Ich erinnere mich eines Falles, den ich in der Charité in Berlin unter Schoenlein im Winter-Semester von 1841 zu 42 beobachtete, wo ein Mensch in Folge einer ein Jahr andauernden *Febris intermittens* in *Morbus Brightii* verfiel. Schoenlein heilte dies Uebel durch Chinapräparate.

II. Merkwürdiger Ausgang einer Zellgewebeentzündung bei einem neugeborenen Kinde.

Wilhelm Schultz, am 25. Juni dieses Jahres in einer Hinterhauptslage leicht und regelmässig geboren, kam als ein schwächlicher Knabe zur Welt. Nichtsdestoweniger nahm er die ersten 14 Tage seines Lebens mit Wohlbehagen die Brust seiner gesunden, 37jährigen Mutter; auf gleiche Weise waren alle übrigen Körperfunktionen in *Ordnung*. Am 10. Juli bemerkte die Hebamme einen bohnengrossen, *reifen* Abszess auf dem rechten Schultergelenk, den sie nach der Oeff-

nung unbeachtet liess. Am folgenden Tage wurde in der Gegend der fünften Rippe der rechten Seite, einen Zoll von dem Sternum entfernt, eine rothe, schmerzhafte, harte, angeschwollene Stelle, von der Grösse eines Thalers, bemerkt. Da diese Entzündung, trotz der angewandten Kataplasmata, beständig fortschritt, so wurde ich am 13. Jul zu Rathe gezogen.

Ich fand ein schwächliches Kind, dessen Auge aber und Gesicht kein Leiden verrieth. Auf der Brust bot sich mir eine dunkelrothe, schmerzhafte Geschwulst dar, die von dem *Angulus costae* der fünften Rippe der rechten Seite anfangend, nach vorn sich fast bis zum Sternum, nach unten bis zu der siebenten Rippe erstreckend, in der Mitte dicht unterhalb der Brustwarze am meisten prominirte und Fluktuation zeigte. Ein Einschnitt in diese Stelle entleerte eine dünne, gelbliche Flüssigkeit, ähnlich dem Eierwasser. Ausserdem fand ich bei dem Kinde eine bedeutende Intertrigo zwischen den Weichen, entzündliche Anschwellung des Skrotum, Ekthymapusteln auf der Bauchwand und kleine Abszesse an den Extremitäten, deren Grösse zwischen der eines Taubeneies und der einer Bohne variirte. Geöffnet, entleerten dieselben einen guten Eiter. Trotz dieser Leiden war das Allgemeinbefinden des Kindes ziemlich befriedigend. Das Kind nahm die Brust, der Bauch war nicht aufgetrieben, nicht empfindlich, die Stuhlentleerungen waren regelmässig; der Schlaf war befriedigend. Fieber konnte ich an dem Kinde nicht entdecken. Die Hauttemperatur war im Gegentheil sehr kühl.

Ich verordnete innerlich ℞ *Acid. muriat.* gutt. xxv, *Aq. destillat.* ℥j, *Sacch. alb.* ʒiij. MDS. 2stündlich einen Theelöffel voll. Die Brustgeschwulst liess ich, um alle Härte zu schmelzen, fort kataplasmiren. Die Intertrigo und die erythematöse Entzündung des Skrotum behandelte ich mit Erfolg durch Einreibung mit *Ungt. cerei* und *Ol. lini* āā.

Nicht wenig überrascht war ich, als ich bei der Abendvisite anstatt der kleinen Inzisionswunde ein Geschwür von der Grösse eines Thalers fand, dessen Ränder schlaff, aufgeworfen, wie zernagt erschienen, dessen Absonderung profus und jauchig, dessen Boden mit Flocken von abgestorbenem Zellgewebe bedeckt war, das man mit der Pinzette entfernen konnte. Die Umgegend des Geschwürs war ohne alle Vitalität, und man konnte deutlich sehen, wie das Geschwür noch die Neigung hatte, weiter um sich zu fressen. Ich liess nun das Geschwür bei Beibehaltung der inneren Arznei verbinden mit ℞ Cort. quercus

℥β coq. c. *Aq. font.* ℥iij. colat. adde *Acet. plumb.* q. s. ad praecipit.; praecipit. adhuc humid. adde *Ax. porc.* ℥iv, *Camph. trit.* gr. x.

Trotz diesem Mittel griff das Geschwür sowohl der Oberfläche als der Tiefe nach um sich, so dass am 17. Juli dasselbe die Grösse einer kleinen Mannshand erreicht hatte. Die Brustmuskeln waren fortgefressen, so dass man bequem die *Musculi intercostales* sehen konnte. Ich verordnete nun äusserlich ℞ *Decoct. cort. Chin.* (ex ℥j) ℥v, *Tinct. Myrrhae* ʒiij, *Camph. tr.* ʒβ. Nichtsdestoweniger schritt das Uebel noch weiter vor, so dass am 18. Juli nach Zerstörung der Interkostalmuskeln die Rippen entblösst dalagen. Die Absonderung wurde übelriechend, ätzend. Die dem Geschwüre benachbarten Theile sahen schwarz, sphazelös aus, und fielen bei der geringsten Berührung förmlich ab, so dass man die 5te, 6te und 7te Rippe ohne alle Bedeckung fand, und zwar fing diese Zerstörung schon einen halben Zoll hinter dem *Angulus costae* an und reichte fast bis zum Sternum. Dabei fing das Allgemeinbefinden des Kindes zu leiden an. Das Kind zeigte Fieberbewegungen, wimmerte beständig, nahm die Brust schlecht und schlief wenig. Hierzu kamen profuse, übelriechende Stühle, Petechien an den Extremitäten und am Bauch. Während dieser so gefährlichen Wendung der Krankheit bekam das Kind interkurrent an den Extremitäten ohne alle Veranlassung kleine Abszesse, die, geöffnet, einen gesunden Eiter entleerten. Unter diesen Umständen gab ich am 19. Juli innerlich ℞ *Aq. oxymuriat.* ʒiβ, *Aq. destillat.* ℥j, *Syr. Alth.* ℥β, MDS. stündlich einen Theelöffel voll. Ausserdem verordnete ich die zweistündliche Anwendung folgenden Einstreupulvers in die Wunde: ℞ *Carbonis Tiliae, Myrrhae* āā ʒj, *Camph. trit.* ℈j. Ferner liess ich das Kind täglich in warmer Milch baden.

So bildete sich denn endlich am 20. Juli die Grenzlinie der brandigen Zerstörung. Die profuse, jauchige Absonderung verlor ihren üblen Geruch, wurde konsistenter und näherte sich der Beschaffenheit des Eiters. In dieser Weise wurde die Behandlung bis zum 30. Juli fortgesetzt. Inzwischen hatten sich schon Granulationen in dem Grunde des Geschwürs gebildet. Deshalb verordnete ich jetzt folgende Salbe: ℞ *Ung. de styrace* ℥β, *Camph. trit.* ℈j. Diese Salbe hatte wunderbaren Effekt. Täglich verkleinerte sich die schön granulirende Wunde. Auch das Allgemeinbefinden des Kindes besserte sich bei der vorhin erwähnten Behandlung mit *Aqua oxymuriatica.* Die Symptome der Dissolution der Säfte waren geschwunden. Schlaf, Appetit waren eingetreten. Die Runzeln des einem Greise ähnlichen Gesichtes

verloren sich allmälig. Bis zum 19. August hatte sich das Geschwür bei dieser Behandlung vernarbt. Das Kind ist jetzt ganz gesund und nimmt sichtbar an Kräften zu.

Nach der Schilderung des Verlaufs der Krankheit liegt es mir ob, die Diagnose festzustellen. Man könnte an Mastitis denken, die bekanntlich auch kleine Knaben befällt. Allein dagegen sprechen:

1) der Ort des Uebels, welcher hier an einer tieferen Stelle war, als Mastitis zu sein pflegt;
2) die Entstehung des Uebels, indem Mastitis gewöhnlich durch Auspressen des bei neugeborenen Kindern beiderlei Geschlechts vorkommenden Milchsaftes oder durch Erkältung entsteht (beide Momente fehlen in diesem Fall);
3) der Ausgang des Uebels, indem Mastitis sich gewöhnlich zertheilt, oder wie bei Wöchnerinnen den Ausgang in eine gutartige Eiterung nimmt.

Ich glaube, dass in diesem Falle ursprünglich eine Zellgewebeentzündung stattgehabt, die den Ausgang in profuse Eiterung und brandige Zerstörung genommen hat. Dass bei dem Kinde eine Neigung zu suppurativen Hautkrankheiten war, dafür sprechen die vielen Abszesse, die wir an anderen Körpertheilen fanden. Woher das Uebel auf der Brust einen so bösartigen Charakter angenommen hat, ist sehr schwer zu erweisen. In der Körperkonstitution der Eltern finden wir nichts, welches die Entwickelung eines solchen Uebels bedingen könnte. Die Mutter, eine kräftige, blühende Frau, 37 Jahre alt, erinnert sich nie bedeutend krank gewesen zu sein. Sie hat 7 Kinder gehabt. Die Schwangerschaft und das Wochenbett verlief bei allen Kindern eben so wie bei dem letzten, ohne Störung. Der Vater des Kindes, ein gesunder Mann, leidet zwar an Hämorrhoiden, aber an dyskrasischen Krankheiten will er nie gelitten haben. Die äusseren Verhältnisse sind gut. Die Eltern, ziemlich wohlhabend, thun für ihr einziges Söhnchen alles Mögliche. Die Wohnung scheint allerdings feucht zu sein. — In der Konstitution des Kindes, das zwar schwächlich gebaut, aber frei von jeder skrophulösen, so wie andern dyskrasischen Krankheitsanlage ist, finden wir auch kein Moment zur Deutung dieses Uebels. Das Kind war bis zum Ausbruch der Krankheit ganz gesund. Das Allgemeinbefinden fing erst dann zu leiden an, als die Absonderung, welche faulig und übelriechend geworden war, durch Resorption in die Säftemasse überging.

Ob vielleicht die Milch der Mutter zu der Konstitution des Kindes

nicht passte? Die Milch schien mir zwar nach der Okularinspektion gut zu sein, allein es ist schon früher in diesem Journale bemerkt worden, wie trügerisch eine solche Untersuchung ist. Leider ist es mir in meinem Wirkungskreise nicht vergönnt, eine chemische Untersuchung anstellen zu lassen. Ich habe der Vorsicht wegen das Kind am 20. August entwöhnen lassen, indem dasselbe sorgfältig aufgefüttert wird.

Die Aetiologie war mir sowohl, als auch meinem älteren Kollegen, dem Dr. Brüning, der schon 30 Jahre praktizirte, und der einigemal das Kind besuchte, unklar. Am meisten habe ich die Milch der Mutter im Verdacht, da ihr schon 4 Kinder als Säuglinge gestorben sind. Sie behauptet indess, dass alle Kinder an akuten Krankheiten gestorben sind.

Da die Aetiologie dunkel war, so musste ich das Kind nach allgemeinen Indikationen behandeln. Demnach richtete ich mein inneres Heilverfahren gegen die Dissolution der Säfte, ohne auf eine etwanige Dyskrasie Rücksicht zu nehmen, und das äussere Heilverfahren richtete ich nach dem Charakter des Geschwürs.

Die allgemeinen Bäder mit Milch, welche ich vielfach bei kleinen Kindern, die an Abzehrung leiden, oder durch Krankheit schwach geworden sind, anwende, bewiesen sich hier in diesem Falle auch nützlich.

Ueber die Ursachen und Behandlung der Otorrhoe, besonders bei Kindern, von Dr. Wilde, Lehrer der Ohren- und Augenkrankheitskunde an der medizinischen Schule in Park-street (Dublin).

Der Gegenstand dieser kleinen Abhandlung ist, die beste Methode das Ohr zu untersuchen, darzuthun, einige praktische Bemerkungen über die Ursachen und die Behandlung der Ausflüsse aus dem äusseren Gehörgang mitzutheilen, und wo möglich manche Vorurtheile, die unter den Laien und auch in unserem Stande in Bezug auf die Behandlung herrschen, zu beseitigen. Dies erste Kapitel muss nothwendiger Weise den Erfolg des zweiten und dritten aufheben; das vierte ist wegen des Vorherrschens eigenthümlicher Ansichten in unserem Lande weitläufig abgehandelt worden, und das Ganze wegen des häufigen Vorkommens *dieses Leidens*, weil es ferner gewöhnlich vernachlässigt wird, in jedem

Falle schädliche Wirkungen äussert und einen unglücklichen Ausgang nimmt, für die Aerzte bestimmt.

Ausflüsse aus dem *Meatus auditorius externus*, seien sie von schleimiger, purulenter, saniöser, seröser oder schleimig-purulenter Beschaffenheit, sind gewöhnlich die Ausgänge einer Entzündung. Bei der Entzündung des Ohrs hat man zu berücksichtigen die Art derselben; das affizirte Gewebe, den Ort der Krankheit, und Alles, was, wie Alter, Temperament, Gewohnheiten, Konstitution und erbliche Anlage des Kranken, die Krankheit modifizirt. In einem so zarten, empfindlichen und gefässreichen Organe, das mit besonderer Nervenkraft begabt ist, ein besonderes Gefässsystem besitzt, und aus so mannigfaltigen Geweben, die sich in den anderen Theilen des Körpers ebenfalls vorfinden, besteht, nämlich aus Epidermis, einem fein organisirten Hautgewebe mit besonderen Drüsen, Knorpel, Zellhaut, Schleimhaut, serösen und fibrösen Membranen, Muskeln, Bändern, Knochen, Periosteum u. s. w., wird natürlicher Weise die Entzündung jedes dieser Theile zu besonderen Erscheinungen Veranlassung geben. So haben wir in der Haut die diffuse, erysipelatöse oder herpetische Form, die in der Ohrmuschel und im äusseren Gehörgange sich zeigt, und Bläschen, Blasen, Abschuppung, Ulzeration oder einen schleimig-purulenten Ausfluss zur Folge hat, wenn sie weiter fortschreitet oder in das Innere des Ohres sich fortsetzt; dann kömmt die umschriebene Form, wie beim Abszess, gewöhnlich an der vorderen Wand und am Boden der äusseren Oeffnung, und die rein phlegmonöse, sowohl akute als auch chronische Form, in den mehr inneren Theilen des Gehörganges und auf der Oberfläche des Trommelfells, vor. Ferner besitzen wir Eintheilungen nach dem ergriffenen Gewebe oder Orte, wie die Entzündung der Ohrmuschel, des Gehörgangs, des Trommelfells und des mittleren Ohrs. Wir kennen aber die entzündlichen Affektionen des inneren Ohrs so wenig, dass es mir nicht räthlich scheint, sie in die gegenwärtige Abhandlung mit hineinzuziehen.

Die Entzündungen der Ohrmuschel sind gewöhnlich erysipelatöser Natur, und die der Paukenhöhle oder des mittleren Ohrs, wenn sie sich spontan bilden und nicht von anderen Theilen aus sich dahin ausbreiten, meistentheils diffus, indem sie die ganze Schleimhaut ergreifen und den Ausgang in Eiterung nehmen. Wir wollen uns jetzt besonders mit denen des äusseren Gehörgangs und der äusseren Oberfläche des Trommelfells beschäftigen. Ich werde sie in die einfache akute Entzündung des Gehörgangs und Trommelfells, die sich über die ganze

Oberfläche erstreckt, und den heftigen katarrhalischen Entzündungen des Auges gleicht; in die herpetische Entzündung, die hauptsächlich die Epidermis und die ceruminösen Drüsen und *Cryptae sebaceae*, der *Ophthalmia tarsi* analog, befällt; in die einfache umschriebene Entzündung oder den Abszess des Gehörgangs, die besonders an seiner Mündung sich bildet, ähnlich dem Hordeolum am Rande der Augenlider; in den Abszess zwischen den Schichten des Trommelfells, wie das Hypopion der Hornhaut, eintheilen; ferner werde ich die chronische diffuse Entzündung des Gehörgangs und Trommelfells mit profusem, schleimig-purulentem Ausflusse, der chronischen Ophthalmie analog, und denselben Zustand, wenn er mit Granulationsbildung auf dem Trommelfell verbunden ist, ganz ähnlich der bekannten granulösen Entartung auf dem oberen Augenlide und der Gefässverbreitung auf der Hornhaut, wie beim Pannus, beschreiben. Zu diesen letzteren Affektionen kann man eine ähnliche Krankheit mit denselben Symptomen und zugleich mit Polypenbildung, die von den Wänden des äusseren Gehörgangs ausgeht, hinzufügen, und zuletzt auch die chronische mit Otorrhoe verbundene Otitis, komplizirt mit fistulösen Gängen des Knorpels, perforirendem Geschwüre des Trommelfells, Freilegung der Gehörknöchelchen und Polyp oder Fungus des mittleren Ohrs oder Paukenhöhle und Karies der knöchernen Wände und des *Processus mastoideus.*

Sorgfältig habe ich es vermieden, andere abnorme Zustände oder Krankheiten der Ohrmuschel, des äusseren Gehörgangs oder des Trommelfells mit hineinzuziehen, und habe daher die Krankheiten des mittleren Ohrs, mit Ausnahme solcher entzündlichen Affektionen und Otorrhoe, die nach der Zerstörung des Trommelfells sich bilden, wo von keinem mittleren Ohr eigentlich die Rede sein kann, ausgeschlossen.

Ich glaube, dass es kaum einen Arzt giebt, der nicht häufig von Kranken, jungen und alten, beiderlei Geschlechts, und aus allen Klassen und Ständen der Gesellschaft, zur Hülfe gerufen worden, wegen eines Ausflusses aus dem äusseren Ohre, aus einem oder beiden, mit geringerer oder stärkerer Betheiligung des Gehörs, in manchen Fällen mit Sausen verbunden, der immer sehr unangenehm und langweilig ist, wegen des widrigen und oft fötiden Geruches, den er verursacht. Bei einigen ist er nur von kurzer Dauer, bei anderen, von denen sich die meisten an Wundärzte, die sich mit Ohrenkrankheiten beschäftigen, wenden, währt er Jahre lang.

Um die Zeit, wo der Schleim, der von Natur das Trommelfell und den Gehörgang im kindlichen Alter überzieht, aufhört, sezernirt zu

werden, so zur Zeit der Dentition oder zu einer anderen Periode des kindlichen Lebens, z. B. nach dem plötzlichen Aufhören der *Ophthalmia purulenta*, während des Verlaufs oder als Folge irgend eines Exanthems, oder in Folge schädlicher Einwirkung der Kälte, des Auftretens der Skrophulosis, und einer krankhaften Beschaffenheit der Digestionsorgane, oder irgend einer anderen Ursache, die Entzündung erzeugt, wird ein Kind plötzlich (oft mitten im Schlaf) von Schmerz im Ohre befallen, häufig von der marterndsten Art, von heftigem Fieber begleitet, der bisweilen sogar zu Delirium Veranlassung giebt. Dieselben Symptome können auch beim Erwachsenen auftreten. Welche Behandlung pflegt man nun gewöhnlich in Gebrauch zu ziehen? Warmes Oel, Terpenthin, Oel mit Opium, Kampherspiritus, *Linimentum volatile*, und solche ähnliche reizende Dinge werden unbarmherzig ins Ohr geträufelt. Ist das Individuum schon herangewachsen, so wird noch auf Anrathen von Freunden ein Stück Knoblauch mit aller Gewalt in den Gehörgang hineingepresst und ein heisser Umschlag von gebratenen Zwiebeln auf die Ohrmuschel gelegt, oder ein Stück gesalzenen Specks in den Gehörgang gestopft, beiläufig ein sehr treffliches Mittel in manchen Fällen von grosser Trockenheit und Mangel der Sekretion des Cerumens, aber hier von dem grössten Nachtheile. Die Krankheit steigert sich, Tag und Nacht werden unter enormer Qual, mit grosser Unruhe und Angst verbunden, vom Kranken zugebracht. Die affizirten Theile werden in der ganzen Zeit gar nicht untersucht, doch werden freigebig Abführmittel gereicht und vielleicht ein Blasenpflaster auf den *Processus mastoideus* applizirt. Zuletzt tritt Eiterung ein, und hat sich der Ausfluss vollständig eingestellt, so findet Erleichterung statt; die Krankheit wird dann chronisch, der Ausfluss profus, flockig, missfarbig und häufig fötide, partielle Taubheit tritt ein; da jedoch der Organismus nicht sehr leidet, so wird der Krankheit nicht viel Aufmerksamkeit geschenkt. Wenn in diesem Stadium eine andere Behandlung, als die Reinigung der Theile durch Ausspritzen mit warmen Wasser, eingeschlagen wird, worin besteht sie? Man greift zu ganz empirischen und heftig reizenden Wundermitteln, wie *Tinct. Cantharidum*, Kampher, Kreosot, zu den stärksten Escharotika, die in den Gehörgang gebracht werden; und um die Luft abzuhalten und den Ausfluss zu beschränken, werden Kugeln von schwacher Wolle in die Ohren gestopft.

Holen sich die Freunde oder der Kranke ängstlichen Rath, so sagt man ihnen, sie sollten guten Muthes sein, die Krankheit sei eine

konstitutionelle, und mit der Zunahme der Kräfte und Jahre würde der Ausfluss aufhören und das Gehör zurückkehren, und da es zu jener Zeit nicht rathsam scheint, den Ausfluss zu stopfen, so wird eine Fontanelle am Arme eröffnet, und Seebäder, nebst dem Gebrauch eines schwach adstringirenden Wassers, empfohlen. Trotz alles dieses Kurirens im Dunkeln macht die Krankheit gewöhnlich Fortschritte; forscht man genau nach, so wird man vom Kranken oder seinen Angehörigen erfahren, dass um diese Zeit zwei oder drei kleine Knochenstücke mit dem Ausflusse herausgekommen seien, dass dieser Ausfluss in Quantität und Qualität von Zeit zu Zeit variirt, dass er zuweilen dick und klebrig wird, von gelblicher Färbung und schleimiger Konsistenz ist, und in sehr geringer Menge abgesondert wird, dass, wenn sich diese Personen der Kälte, dem Luftzuge aussetzen, eine plötzliche Exazerbation des Schmerzes eintritt, der Ausfluss dünn, weisslich, flockig wird, und so an Menge zunimmt, dass er aus dem Ohre herausströmt und Nachts die Nachtmütze und das Kopfkissen durchnässt.

Hat dieser Zustand ein oder zwei Jahre angedauert, und wir untersuchen dann die Theile, so finden wir den Rand des äusseren Gehörgangs verdickt, von blassrother Farbe, und besonders seinen oberen Theil mit gelblich-braunen Krusten bedeckt; von dem unteren Rande, und die Höhle der Muschel anfüllend, fliesst eine schleimige, purulente, klebrige Masse von grünlich-gelber Farbe und fötidem Geruche herab, während der Gehörgang selbst mit purulentem Sekret, in dessen Mitte sich, in einer grossen Zahl von Fällen, eine kleine granulöse Masse, ganz wie eine halbreife Himbeere aussehend, befindet, angefüllt ist; beim Aufheben der Ohrmuschel, um das Ohr zu untersuchen, stellt sich fast immer Schmerz im Gehörgange ein, eben so beim Druck auf den Tragus und bisweilen auch auf den *Processus mastoideus.* Wird ein Polyp von solcher Art, der durch den äusseren Gehörgang hervortritt, wahrgenommen, so nimmt man gewöhnlich chirurgische Hülfe in Anspruch; der Polyp wird mit einer Zange oder durch die Ligatur erfasst und ein Theil desselben mit Gewalt ausgerissen, da aber die Wurzel zurückbleibt und bald von Neuem hervorwuchert, so versucht man ihn durch kräftige Escharotika zu zerstören, ein Stück *Argentum nitricum,* von der Grösse wie man es gewöhnlich im Handel vorfindet, wird so weit in den Gehörgang eingebracht, als es die Grösse der Oeffnung und die Qual des Kranken erlauben. Hierauf folgt von Neuem Entzündung und Ulzeration der Wände des Ganges, die heftige Schmerzen verursachen, welche sich über den ganzen Kopf

ausbreiten, und gleichzeitig ein Reizungsfieber erzeugen. Man wendet dann mehr emollirende Ueberschläge an; der Polyp behält seine frühere Grösse, indem er sehr selten durch die äussere Oeffnung des Gehörgangs hervortritt, und bleibt entweder während des Lebens mit der Taubheit, die er verursacht, unverändert, oder geht in einen gefährlicheren, später zu beschreibenden Zustand über. Indessen angenommen, — wie es bisweilen vorkömmt, indem nur ein einzelner Theil des Gehörgangs ursprünglich affizirt gewesen, — dieser Polyp oder Fungus wächst nicht, oder kömmt wenigstens nicht äusserlich zum Vorschein, so nimmt beim Eintritt der Pubertätsperiode, und indem sich der Organismus nach einer anderen Richtung hin thätig zeigt, der Ausfluss ab, und kann sogar ganz aufhören, doch ohne Zweifel entweder mit einer bedeutenden Verringerung oder gänzlichem Verlust eines scharfen Gehörs, aus Gründen, die später auseinander gesetzt werden sollen.

Doch ist dies nicht das Schlimmste; der Ausfluss braucht dann nicht aufzuhören, der Ulzerationsprozess kann dann oder zu einer früheren Zeit während der Fortdauer des Ausflusses sich mit einem Male und schnell ausbreiten; das Trommelfell und die Gehörknöchelchen werden zerstört, und letztere wenigstens unfähig, ihre Funktionen zu erfüllen; die Krankheit setzt sich in die Zellen des Warzenfortsatzes fort, und der ganze *Processus mastoideus ossis temporum* wird kariös; fistulöse Gänge öffnen sich hinter der Ohrmuschel, ein dünner, höchst fötider Eiter fliesst aus; die Ohrmuschel nimmt oft eine bläuliche, livide Färbung an; die motorische Portion des siebenten Nervenpaars wird affizirt, oder es erfolgt gänzliche Zerstörung derselben; zuerst bemerkt man, dass der Mund etwas nach der entgegengesetzten Seite verzogen ist, und Lähmung dieser Gesichtsseite stellt sich darauf ein; die offenstehenden Augenlider geben dem prominirenden Augapfel einen besonderen stieren Blick; die Hornhaut, ihrer natürlichen Bedeckung beraubt, und der schädlichen Einwirkung der Atmosphäre ausgesetzt, schilfert ab und ulzerirt; der Nasenflügel erscheint platt, der Mund ist verzerrt, besonders bei einem Kinde, wenn es schreit, die ganze Wange und Gesichtsseite sieht voller aus, das Gehör ist in den meisten Fällen auf dieser Seite vollständig verloren gegangen, und der allgemeine Gesundheitszustand leidet häufig bei so bedeutenden Störungen. Mit der Zeit, und dies ist gar nicht selten, nimmt das Gehirn mit seinen Membranen an dem krankhaften Zustande Theil, Delirien, Konvulsionen, Koma und Tod erfolgen, tritt Genesung ein,

so geschieht dies erst nach monatlichen Leiden, und immer bleibt eine Deformität zurück. Beispiele von dem Verluste des ganzen ***Processus mastoideus***, oder eines Theils sind keineswegs in der chirurgischen Praxis selten.

Welche ist nun die ursprüngliche Krankheit, die die oben beschriebenen Symptome hervorruft? Wie war der Zustand des Ohres, bevor der Ausfluss eintrat? — Aller Wahrscheinlichkeit zufolge fand eine einfache Entzündung der den Gehörgang und das Trommelfell auskleidenden Membran statt. Untersucht man ganz im Anfang der Affektion, wenn sie sich nur durch Schmerz charakterisirt, das Ohr sorgfältig mittelst des ***Speculum auris***[1], so wird man den Gehörgang trocken, leicht geröthet und beim Druck schmerzhaft finden; die Sekretion des Ohrenschmalzes ist entweder ganz unterdrückt oder sparsam, es ist von schwarzer und verhärteter Beschaffenheit, und hängt fest an die untere und hintere Wand des Gehörgangs; die ***Membrana tympani*** hat ihr eigenthümliches, perlenartiges, glattes Aussehen verloren und eine leichte punktirte Röthe angenommen, und was in sehr vielen Fällen vorkömmt, zwei oder drei Gefässe kann man *auf ihr* wahrnehmen, die in der Richtung der Lage des ***Manubrium mallei*** verlaufen. Stellt man die Untersuchung in einem späteren Stadium an, so wird man die den Gehörgang auskleidende Haut verdickt finden, die sich leicht in weisslichen Schichten ablöst, und unter welcher eine dünne schleimig-purulente Flüssigkeit hervorsickert, während das Trommelfell noch gefässreicher geworden ist und, wenn die dünne Epidermis, die seine äussere Fläche bekleidet, durch den Ausfluss stückweise entfernt ist, roth, mit Gefässen besetzt und faltig erscheint, wie die Palpebral-Konjunktiva des unteren Augenlides in den späteren Stadien der ***Ophthalmia catarrhalis;*** die Lage des Malleus kann man nur mit Mühe wahrnehmen, die Sekretion des Cerumens hat gänzlich aufgehört, und Stücke der Epidermis werden täglich mit dem Ausflusse aus dem Ohre entleert. Untersucht man das Ohr einige Monate später, so findet sich keine Spur der Epidermis mehr. Der ganze Gehörgang ist in eine Schleim sezernirende Fläche verwandelt, die Gefässbildung auf dem Trommelfell hat nicht nur zugenommen, sondern das-

---

1) Dasselbe besteht aus einer silbernen konischen Röhre, die $1\frac{1}{2}''$ lang und an der grösseren Oeffnung $\frac{5}{8}''$ weit ist, und deren Durchmesser an dem engeren Ende zwischen 2 und $4'''$ variirt. Es muss so leicht als möglich gemacht werden, glänzend polirt sein von aussen und innen, und die engere Oeffnung abgerundet sein, damit es nicht das Ohr beim Einführen verletzt.

selbe ist vollständig mit papillenförmigen Granulationen bedeckt; in manchen Fällen erblickt man um diese Zeit kleine polypenartige Exkreszenzen vor dem hinteren unteren Theil des Ganges, wo sich der knöcherne Theil mit dem knorpligen vereinigt, hervorwuchern. Noch später ist das Trommelfell gänzlich zerstört, das mittlere Ohr ist nach aussen geöffnet, und einige Gehörknöchelchen, besonders der Amboss, werden ausgesondert; von dieser Zeit an kann die Krankheit noch weiter fortschreiten, sogar tödtlich werden, wie ich es vorher beschrieben habe.

Es giebt eine andere Form der Otorrhoe, die hierher gerechnet werden kann, wiewohl man sehr wahrscheinlich, wenn man das Ohr im Beginn der Affektion sorgfältig untersucht hätte, die Charaktere der oben geschilderten Myringitis vorgefunden hätte; ich meine jene Affektion, die im Verlaufe des Scharlachs oder nach demselben auftritt. Sie zeigt sich auf zweierlei Art, entweder als einfache Entzündung des Gehörgangs und Trommelfells, wahrscheinlich durch Ausbreitung derselben von der Haut in das Innere des Ohrs, wo sie einen schleimigen Ausfluss erzeugt, während am ganzen übrigen Körper Desquamation stattfindet, oder indem sich Abszesse, die sich am Halse und rund um den Gehörgang und die Ohrmuschel bilden, in den knorplichen oder knöchernen Theil des Ganges öffnen, und dort, nachdem sie selbst geheilt worden, Otorrhoe zurücklassen, die in Folge des krankhaften Zustandes dieses Theils andauert. Die Masern rufen nicht selten eine ähnliche Affektion hervor, doch ist hier die letztere Art der Fortpflanzung, nach meiner Ansicht, viel seltener; ich selbst habe keine Fälle der Art gesehen. Die Ohrenärzte bekommen diese Affektion erst lange nach der ursprünglichen Krankheit zu Gesicht, und wegen der unvollkommenen Untersuchungsmethoden und der geringen darauf verwandten Mühe, erfahren wir nur wenig oder gar nichts über die Art, wie die Otorrhoe sich während des Verlaufs der Exantheme oder anderer Fieber gebildet hat. Die einzigen, genügenden Aufschluss gebenden Zeichen, die man erhält, sind, dass die Kranken, wenn sie vom Scharlach oder den Masern, oder irgend einem anderen Fieber genesen waren, taub waren und an Otorrhoe litten. Zur Beseitigung dieser Affektionen hat die allgemeine Chirurgie nicht viel gethan, so dass die Aerzte manchmal froh sind, solcher Patienten enthoben zu werden; und dies, verbunden mit dem Vorurtheile des grossen Haufens und auch oft des Arztes, dass es von nachtheiligem Einflusse wäre, Ausflüsse aus dem Ohre zu heilen, oder, wie sie sich ausdrücken, aus-

zutrocknen, verursachte, dass jene Krankheit durch Unwissenheit und Nachlässigkeit einerseits und Vorurtheile andererseits bei uns zu sehr hintenangesetzt worden.

Wir wollen kurz einige von den Gründen, die beweisen sollten, dass die Unterdrückung der Otorrhoe schädlich sei, durchgehen. Im vergangenen Monate brachte eine Frau ihren Sohn (eins von jenen ungezogenen Kindern, die Plage der Aerzte), ungefähr 7 Jahre alt, zu mir und fragte mich, ob ich ihn von einer sehr bedeutenden Taubheit, mit der er seit fünf Jahren behaftet sei, befreien könnte. Nach vielen Liebkosungen und manchen Scheltworten gelang es mir, in die Ohren hineinzublicken; sie waren beide mit profusem, klebrigem, fötidem und an den äusseren Theilen in Krusten vertrocknendem, eiterartigem Schleim angefüllt; eine erysipelatöse Röthe fand rund um die verdickte, schuppige Oeffnung statt, und nachdem ich den Gehörgang gereinigt hatte, konnte ich eine polypenartige Exkreszenz bemerken, die beide Gänge verschloss. Das Gehör besserte sich bedeutend nach Entfernung des Schleims (fürs erste einige Monate hindurch). Nachdem ich die Natur der Krankheit erkannt und erklärt hatte, das Gehör könne sich nicht eher wieder einstellen, bis die Polypen oder andere vielleicht vorhandene Exkreszenzen entfernt und der Ausfluss geheilt wären, so erwiederte mir die Frau, dass ich ihres Sohnes Gehör wieder herstellen könnte, ohne aber den Ausfluss auszutrocknen, denn einige ihrer Kinder wären an Gehirnwassersucht gestorben, und ihr Hausarzt hätte befohlen, dass der Ohrenfluss nie gestopft werden sollte, denn sonst würde das Kind sogleich auf ähnliche Weise affizirt werden. Ich führe dies nur als ein abgesondertes Beispiel an, jedoch als Typus von Fällen, die mir täglich vorkommen, und besonders unter den Mittelklassen des Volkes; die Armen kennen solche ärztlichen Ausklügelungen nicht. Ein Kranker besorgt einen Anfall von Apoplexie, Epilepsie oder Lähmung; die Mutter eines anderen fürchtet Konvulsionen, Hydrocephalus oder Krankheiten der Augen; und eine dritte lässt sich nicht ausreden, dass das Leiden mit dem Gehirn in Verbindung stehe.

Im vorigen Sommer wünschte eine englische Dame meinen Rath wegen Otorrhoe, mehr wegen der damit verbundenen Unannehmlichkeiten, als aus einem anderen Grunde; die Geschichte, die sie darüber mittheilte, war folgende: Sie wurde als Mädchen in der Schule von Schmerz in einem Ohre, mit einem Ausflusse verbunden, befallen; seitdem hatte letzterer manchmal geringer, manchmal stärker angedauert,

während das Gehör immer abwechselnd von Jahr zu Jahr mehr abnahm, bis sie sich jetzt jenes Ohrs in Gesellschaft nur wenig bedienen könne. Fast unmittelbar nach dem Erscheinen der Otorrhoe und einige Zeit später hatte sie einen in Behandlung von Ohrenkrankheiten ausgezeichneten Londoner Arzt konsultirt, welcher ihr immer erklärte, dass die Heilung des Ausflusses, so profus, fötide und unangenehm er auch war, höchst gefährlich sein, und aller Wahrscheinlichkeit zufolge „sich nach dem Gehirn versetzen" würde. Bei der Untersuchung mit dem Spekulum fand ich die Epidermis des Gehörgangs weiss, verdickt und sich in Stücken loslösend, unter denen ein dünnes Sekret hervorrann; das Trommelfell war undurchsichtig, verdickt und weiss wie ein Leukom, es war sehr unempfindlich bei der Berührung mit einem Kameelhaarpinsel oder einer Sonde, und hatte sich gegen die innere Wand der Paukenhöhle geneigt, während der Hammer stark nach aussen hervorragte; es schien mithin jede Kraft zu vibriren verloren zu haben. In diesem Falle wurde der Ausfluss durch Bepinselung der Theile mit einer starken Auflösung von *Argentum nitricum,* durch Ausspritzung Morgens und Abends mit lauem Wasser, und den Gebrauch einer adstringirenden Waschung beseitigt; das Gehör hat sich indess jetzt noch wenig gebessert, indem jeder Ton auf jener Seite nur ein dumpfes Geräusch hervorbringt, doch kann man jetzt nicht mehr erwarten, da es mehr als wahrscheinlich ist, dass, unabhängig von der durch das verdickte Trommelfell erzeugten Verstopfung, die feinen ligamentösen und muskulösen Apparate, die die Bewegung der Knochen unter einander vermitteln, als Wirkung der Entzündung, in Unthätigkeit versetzt sind.

Diese Vorurtheile bestehen schon sehr lange und sind weit verbreitet; sie waren auf gleiche Weise zur Zeit Saunders' vorhanden, der naiv frägt: Welcher Grund kann gegen die Heilung dieser Krankheit angeführt werden, der nicht eben so folgerecht in allen anderen seine Geltung hätte? Ist irgend Jemand ein Anhänger der alten Humoral-Pathologie? Er wird behaupten, dass die Verstopfung eines Kanals, den die Natur gebildet hat, gefährlich ist, und die krankhaften Stoffe nach den inneren Theilen hin gerichtet werden; aber wie kann so Einer sich an die Behandlung irgend einer Krankheit wagen, selbst an die Heilung eines gewöhnlichen Geschwürs? Vor einigen Jahren glaubte ich, diese abgeschmackte Lehre sei gänzlich verlassen worden, doch höre ich fortwährend erzählen, dass die Leute in Schrecken gesetzt und dadurch der Krankheit Eintrag gethan wird. Leider ein

Kind daran, so wird den Eltern gesagt, es sei besser, das Uebel der Natur zu überlassen, und das Kind werde es verwachsen. Ist es ein Erwachsener, so ist die Krankheit immer langwierig und schwer zu beseitigen, und Manche sind abgeneigt, sich in den Fall einzulassen, die den wahren Stand der Sache nicht kennen."

Viele dieser Irrthümer scheinen mit Lallemand und seinen Nachfolgern aufgekommen zu sein, und weil man beobachtete, dass beim Hinzutritt der Gehirnkrankheit der Ausfluss aus dem Ohre von selbst aufhörte, so glaubten die Aerzte, indem sie die Ursache für die Wirkung hielten, dass seine plötzliche „Austrocknung" eine Metastase nach dem Gehirn hervorgebracht habe; eine Ansicht, die eben so roh als unerträglich ist. Es sind ohne Zweifel Fälle vorgekommen, wo die unpassende Anwendung kräftiger Escharotika und reizender Einspritzungen in den äusseren Gehörgang manche dieser traurigen von den Schriftstellern angeführten Folgen hervorbrachten, doch besitzen wir keinen Bericht über den genauen pathologischen Zustand solcher Ohren, noch glaube ich auch, dass sie je um diese Zeit sorgsam untersucht worden sind, oder untersucht werden konnten. Sehr *wahrscheinlich* waren dies solche Fälle, wo früher Karies vorhanden war und die Gehirnhäute mit den unpassenden Mitteln in Berührung kamen, die von Personen ohne Kenntniss im Dunkeln angewandt wurden, welche, nachdem sie solches Unheil begangen, in der Folge ein Geschrei gegen die Heilung der Ohrenflüsse in allen Fällen erhoben.

Williams führt zur Unterstützung seiner Ansicht, „es sei besser, nichts gegen den Ausfluss aus dem Ohre zu thun, denn wenn er bei Kindern plötzlich unterdrückt wird, so entstehen häufig Hautkrankheiten, angeschwollene Drüsen am Halse, entzündete Augen, und bisweilen Gehirnaffektionen", und ferner, „wenn bei Erwachsenen Ohrenflüsse, besonders die aus dem inneren Ohre, durch irgend einen Umstand plötzlich gestopft werden, so folgen sogleich Kopfsymptome" — führt, sage ich, von Brodie, Itard, Valsalva, O'Brien und Denmark mitgetheilte Fälle an. Ich finde indess bei dem sorgfältigen Durchgehen der Geschichte und der Sektionsbefunde jener Beispiele, dass in vieren bedeutende Karies der *Pars petrosa* des Felsenbeins stattfand, mit Oeffnungen, die von aussen in die Schädelhöhle führten, aber aus Mangel einer ordentlichen Besichtigung des Ohrs und sorgfältigen Beachtung der vorangegangenen Symptome und des Verlaufes der Krankheit nicht einmal geahnet wurden, und die fünfte *scheint* vielmehr die Wirkung eines Leidens oder einer Entzündung

des Gehirns gewesen zu sein, die nach einem Fieber auftrat, als das Resultat der Ohrkrankheit.

Einer der eifrigsten Vertheidiger, und ich möchte fast sagen Begründer dieser Lehre, die Krankheit unberücksichtigt zu lassen, war Itard, der einen Fall erzählt hat, wo der Tod auf die Eintröpflung von Leinöl in das Ohr eines kleinen mit Otorrhoe behafteten Kindes erfolgte. Dieser Fall, der in allen Werken über Ohrenkrankheiten die Runde gemacht hat, seit Veröffentlichung des Itard'schen Werkes, war einer der Grundpfeiler des von seinem Begründer vertheidigten Systems, obschon wir nichts über die vorangegangene Krankheit wissen, noch welche pathologischen Erscheinungen die Knochen des Ohres oder Gehirns selbst dargeboten haben. Einige Jahre früher schrieb ebenso St. John Long den Tod eines seiner Kranken der Applikation fetter Substanzen auf ein unreines Geschwür, das sein Liniment erzeugt hatte, zu, und wahrscheinlich wurde dies mit solcher ärztlichen Gewandtheit erzählt, dass seit dieser Zeit alle Werke über Ohrenkrankheiten grosse Vorsicht in Betreff der Einträuflung von öligen Substanzen ins Ohr empfehlen.

Ist der Knochen gesund, so könnten wir mit grösserer Gewissheit die Kur einer chronischen oder akuten Augenentzündung, einer Ozaena oder einer Blennorrhoe des Thränensacks unterlassen als die einer Otorhoe, und selbst wenn der Knochen erkrankt ist, muss man dennoch zu Mitteln seine Zuflucht nehmen; doch von dieser Form später. Obgleich ich keinen Fall der Art beobachtet habe, so kann ich mir doch leicht einen solchen denken, wo ein Ohrenfluss sich eingestellt und die Kopfsymptome gebessert hat, oder wo der auf das Kopfleiden folgende wässerige Ausfluss schleimig-purulent wurde; in solchen oder analogen Fällen würde ein verständiger Praktiker nie etwas unternehmen.

Die nächste Ursache der Otorrhoe ist, wie ich glaube und bereits öfter ausgesprochen habe, eine Entzündung; die entfernte kann auf einer grossen Menge von Umständen beruhen, unter denen die Kälte, unter mannigfacher Form, einer der häufigsten ist. Die Schriftsteller stellen gewöhnlich zwei Formen von Otitis auf, eine akute und chronische, von denen die letztere gewöhnlich auf die erstere folgt. Die chronische Otitis kann indessen auch, wie es auch oft der Fall ist, als eigene Affektion, verbunden mit geringen oder gar keinen Schmerzen, auftreten; man hört nicht selten von der Umgebung eines acht- oder zehnjährigen tauben Knaben erzählen, dass das erste Zeichen seines Zustandes (indem die Taubheit, wie in so vielen Fällen, der Dummheit zuge-

schrieben wird) die mit dem ausgeflossenen Sekrete beschmutzten Kissen gewesen wären, als er zur Ferienzeit aus der Schule nach Hause kam. Im kindlichen Alter kann ein dünner schleimiger Ausfluss zur Zeit der Dentition und sicherlich von derselben abhängig stattfinden, und in einem mehr vorgerückten Alter wechselt er oft mit skrophulöser Augenentzündung ab. Einige solcher Fälle habe ich fast immer im Krankenhause unter Händen; selten ist viel Schmerz oder Geschwulst vorhanden und geringe damit verbundene entzündliche Erscheinungen; Reinlichkeit, mit einem einfachen adstringirenden Waschmittel oder der Gebrauch des *Vinum Opii,* und solcher innerlichen Mittel, die sich in den ursprünglichen primären Leiden wirksam erzeigen würden, sind hier von grossem Nutzen, besonders schwache Gegenreize im Nacken.

Zu einer etwas späteren Zeit finden wir, dass das Leiden gewöhnlich als Skrophulosis beginnt oder so innig mit einem skrophulösen Zustande der Halsdrüsen und der allgemeinen Konstitution des Kranken verbunden ist, dass kein Zweifel über die Natur der Krankheit stattfinden kann. Sie tritt auf zweierlei Art auf (die denjenigen, die ich vorher als von Skarlatina abhängig beschrieben habe, in mancher Hinsicht gleichen), indem sie entweder mit Ausfluss einer dünnen, molkenähnlichen Flüssigkeit aus dem Gehörgange beginnt, der durch eine krankhafte Beschaffenheit der Schleimhaut entsteht, oder eine oder mehrere der angeschwollenen Drüsen mittelst fistulöser Gänge mit dem Gehörgang kommuniziren und dort eine ähnliche Affektion hervorrufen. In den meisten Fällen haben diese Drüsen gleichfalls eine äussere oberflächliche Oeffnung; doch habe ich kürzlich einige Fälle bei jungen Kindern beobachtet, wo Abszesse (die gewöhnlich unmittelbar vor dem Tragus liegen) sich in den Gehörgang öffneten, ohne einen oberflächlichen Ausgang zu besitzen; in solchen Fällen fliesst durch Druck vorn auf den Tragus oder beim Kauen der Eiter hervor.

Porrigo, *Crusta lactea,* herpetische und andere Ausschläge, die sich auf das Ohr ausbreiten, bringen, zumal bei ungesunden Kindern, Otorrhoe hervor. Mechanische Verletzungen, wie Schläge, oder die Einführung fremder Körper, werden ohne Zweifel Otitis erzeugen, und dann Ohrenfluss; doch, ausgenommen bei Individuen von deutlich ausgesprochenem skrophulösen Habitus und sehr heruntergekommenem Gesundheitszustande, dauert er selten längere Zeit an, oder hat ernstliche Folgen. Zu den mechanischen Schädlichkeiten ist unvollkommenes und verhärtetes Cerumen gezählt worden, doch muss ich gestehen,

mir ist dies niemals vorgekommen, noch halte ich es auch für möglich, dass es auf die Art, wie es gebildet und aufbewahrt wird, Otorrhoe erzeugen könne. Fieber jeder Art (und zumal langwierige Krankheiten), hauptsächlich aber die akuten Exantheme, haben oft Ohrenflüsse zur Folge. Ich habe mehrere Fälle von vollständiger Taubheit und besonders bei jungen Mädchen durch die letzteren Krankheiten entstehen sehen, und auf ähnliche Weise kommen häufig Entzündungen des Auges, von Dr. Mackenzie *„Ophthalmia postfebrilis"* genannt, als Folge remittirender Fieber vor [1]).

Kaltes Baden ist eine bei weitem häufigere Ursache der Otorrhoe (wie ich vermuthe, durch Erzeugung einer leichten Entzündung) als man gewöhnlich argwöhnt. Ein Schüler des Trinity College litt seit seiner frühesten Kindheit an Otorrhoe des einen Ohres. Von seinen zu Rathe gezogenen Aerzten wurde sie nicht berücksichtigt, obwohl die dadurch bedingte Taubheit von Jahr zu Jahr zunahm. In diesem Falle bewährte sich das Versprechen einer Besserung mit den Jahren, wenigstens was den Ausfluss anbelangt; derselbe hörte ungefähr vor vier Jahren auf, doch ist der Kranke nun fast ganz taub auf dieser Seite. In den heissen Tagen des vergangenen Sommers badete er in der See, und fast sogleich nahm er eine unangenehme Empfindung im affizirten Ohre wahr, welche in der Nacht sich zu Schmerzen steigerte, und am nächsten Tage trat die Otorrhoe wieder ein. Als ich ihn einige Zeit nachher sah und das Ohr untersuchte, fand ich, dass dieser profuse Ausfluss von einer fungösen Masse herrührte, die aus dem mittleren Ohre durch eine weite Oeffnung im Trommelfell, über welches sie sich wie der Kopf eines Pilzes ausbreitete, hervorkam; diese Oeffnung hatte sich ohne Zweifel im Verlaufe der ersten Otorrhoe gebildet.

Ich thue dieses Falles besonders Erwähnung, weil er die schon bereits oben besprochenen zerstörenden Einwirkungen auf das Organ bei Vernachlässigung darthut, und auch, wie vorsichtig die Kranken selbst Jahre lang nach dem Aufhören des Ausflusses sein müssen. Personen, denen Seebäder zur Heilung der Otorrhoe empfohlen worden, glauben, sie können des Guten nicht zu viel thun, und setzen dieselben zu lange fort. Während der Badesaison kommen mir Fälle von primärer und sekundärer Otorrhoe, die ich dieser Ursache zuschreibe, häufig vor.

---

1) *London medical Gazette. November* 24. 1848.

Das Erysipelas der Haut, wenn es sich in die Ohren hinein erstreckt, oder, wie es häufig der Fall ist, auf die Ohrmuschel und den Gehörgang allein beschränkt ist, ist immer Ursache der chronischen Verdickung und des Schleimflusses aus den Ohren, doch ist letzterer selten profus, und gleicht mehr den bei anderen Hautkrankheiten sich einstellenden geringen Sekretionen, wo gewöhnlich die verdickte Epidermis einige Zeit lang fortwährend abgestossen wird; der Gehörgang zeigt sich daher nie wie in anderen Fällen als eine wirklich sezernirende Schleimhaut, und ist auch nicht mit Granulationen oder gefässreichen Exkreszenzen bedeckt.

Syphilis wird von den Autoren den Ursachen der Otorrhoe zugezählt; ich kann nur sagen, dass ich selbst solche Fälle nie beobachtet habe, auch die Beschreibung eines ganz authentischen Beispiels in den Werken Anderer aufzufinden nicht im Stande war. Doch mangelt es noch an Beweisen, ob die Haut des Gehörgangs und Trommelfells von dem gonorrhoischen Gifte affizirt werden könne.

Ich habe mehrere Male eine Otitis, die durch ungeschickte Einspritzungen in den Kanal erzeugt wurde, (weil man vermuthete, die Taubheit entstände durch eine Anhäufung von Ohrenschmalz, wiewohl das Gegentheil stattfand,) den Ausgang in Otorrhoe nehmen sehen. Die Fälle gehörten zu denen, wo eine Abnahme der Nervenkraft des Gehirnorgans stattfand, und die Sekretion des Cerumens fast immer (aus welchem Grunde ist schwer zu bestimmen) gänzlich unterdrückt, daher der Gehörgang deutlich trocken war. In diesen Fällen wurde keine sorgfältige Untersuchung angestellt, sonst wäre man nicht in diesen Irrthum verfallen, denn die Einspritzungen wurden mehrere Male wiederholt und jedesmal fast eine halbe Stunde lang fortgesetzt. Neulich rieth mir ein befreundeter Arzt, als ich des häufigen Vorkommens solcher Fälle erwähnte, sehr ernstlich, als allgemeine Regel in allen Fällen von Taubheit, an: „fortwährend Einspritzungen zu machen, — es sei immer sicher und von Nutzen, — ich erinnere mich, sagte er, dass, nachdem ich das Ohr einer Dame fast drei Monate lang ausgespritzt hatte, die Herausbeförderung eines grossen Haufens von Cerumen von Erfolg war." Als ich ihm einige Augenblicke darauf das Trommelfell mittelst eines Spekulum in hellem Lichte zeigte, so gestand er ganz offen, dass er zum ersten Male die Gelegenheit gehabt, dasselbe bei einem Lebenden zu beobachten oder zu untersuchen!

Karies des Knochens ist keine seltene und immer sehr gefährliche *Quelle* der Otorrhoe; doch erhebt sich hier ein Zweifel, welche Krank-

heit die primäre war, ob sie aus einer akuten oder chronischen Otitis hervorging, die das Periosteum und dann den Knochen ergriff, oder aus einer Entzündung der Schleimhaut, die sich von der Paukenhöhle aus in die Zellen des *Processus mastoideus* hinein fortsetzte. Diese letztere Art findet, wie ich glaube, häufig in den Fällen statt, wo nach längerer Dauer der Otorrhoe der *Processus mastoideus* erkrankt. Pathologische Präparate sprechen für diese Ansicht.

Die kostbare pathologische Sammlung des Richmond-Hospitals in unserer Stadt enthält fünf sehr merkwürdige und schätzbare Präparate von Krankheiten des Schläfenbeins, und eins bestätigt vollkommen die obige Annahme. Das affizirte Individuum, 16 Jahre alt, war idiotisch, und fast taub und stumm. Einige Monate vor dem Tode klagte er über Schmerz in beiden Ohren, aus denen ein halb eitriger Ausfluss stattfand, und wurde häufig von epileptischen Anfällen heimgesucht. Der Tod trat plötzlich ein. Dr. Smith, der den Fall der *Pathological Society* vorlegte, fand auf der rechten Seite das Trommelfell, den Hammer, Steigbügel und Amboss gänzlich zerstört, und die Zellen des Warzenfortsatzes mit Eiter angefüllt. „Die linke Seite lieferte ein sehr merkwürdiges Beispiel von der Krankheit der *Pars mastoidea* und *petrosa* des Schläfenbeins. Ueber dem Gehörgang war der Knochen von einem grossen Gange durchbohrt, der auf der einen Seite mit der Paukenhöhle, auf der anderen mit den *Cellulae mastoideae* kommunizirte. Die letzteren waren gänzlich zerstört, und die ganze Höhle mit fötidem Eiter, vermischt mit Partikeln des kariösen Knochens, angefüllt. Die purulente Masse war auch in das Vestibulum, in die Cochlea und den *Aquaeductus Fallopii* hineingedrungen. Das *Foramen rotundum* und die *Fenestra ovalis* waren in eine grosse Oeffnung verwandelt. Smith fand die *Portio dura* des siebenten Nerven, wo er durch den *Canalis Fallopii* hindurchgeht, mit Lymphe und purulenter Materie von grünlicher Farbe bedeckt. Die Duramater, die die vordere Fläche der *Pars petrosa* des Schläfenbeins bedeckt, war etwas missfarbig, doch befand sich kein Eiter in der Nähe. Der grosse *Sinus lateralis* bot die Erscheinungen der beginnenden Entzündung dar, und das Blut im Sinus war koagulirt. Es fand in diesem Falle keine Paralyse des *N. facialis* und Entstellung des Gesichts statt."

Wären Einspritzungen irgend einer Art in diesem Falle angewandt und keine Untersuchung nach dem Tode gemacht worden, so würde er ohne Zweifel (besonders von den Schülern Itard's) als einer

hingestellt worden sein, der die schädlichen Wirkungen reizender Mittel darthut, oder hätte man selbst nur Milch oder Wasser injizirt, so würde diese, wie das Leinöl, sogleich aus der Pharmakopoe der Ohrenärzte gestrichen worden sein.

Zu den Beispielen von durch Karies der *Pars petrosa* des Schläfenbeins verursachten Otorrhoe und Tod gehört ein sehr merkwürdiger von Dr. Graves berichteter Fall. Der Gegenstand desselben war ein skrophulöser Knabe von 10 Jahren, der wegen Wassersucht und Diarrhoe ins Hospital aufgenommen worden; er befand sich bedeutend besser, als man eine Lähmung der rechten Gesichtshälfte beobachtete, die jedoch nur, wenn die Muskeln in Thätigkeit waren, zum Vorschein kam. So konnte er das Auge der affizirten Seite nicht schliessen. Es fand ein Ausfluss aus dem Ohre derselben Seite statt, der sieben Jahre vorher entstanden war. Man war der Ansicht, dass eine Krankheit der *Pars petrosa* des Schläfenbeins stattfinde, und in diese die *Portio dura* des siebenten Paares, wovon die Lähmung abhing, mit hineingezogen worden. Der Kranke klagte über Kopfschmerz auf der rechten Seite, der nach einiger Zeit seinen Ort veränderte und den Hintertheil des Kopfes ergriff; von diesem Augenblicke an hörte der Ausfluss aus dem Ohre auf. Der Schmerz ging dann auf die Wirbelsäule über. Einige Tage vor dem Tode stellten sich tetanische Konvulsionen und eine bedeutende Empfindlichkeit der unteren Körperoberfläche ein. Vor drei Jahren hatte er an ähnlichen Konvulsionen gelitten. Die Motilität und Intellektualität blieben bis ans Ende ungestört. In den wenigen Tagen zwischen dem ersten Auftreten der Konvulsionen und dem Tode hatten sie sich fünf- oder sechsmal wiederholt. Der Körper wurde obduzirt. Der *N. facialis* zeigte in seinem Verlaufe im Gesicht keine krankhafte Veränderung. Innerhalb der Schädelhöhle beobachtete man eine Perforation in der Duramater, gerade da, wo sich der *Aquaeductus vestibuli* im Felsenbein befindet, welches kariös war. Ein grüner fötider Eiter hatte die Duramater vom Knochen losgelöst und hüllte auch die Nerven an der *Basis cerebri* ein. Das Trommelfell und innere Ohr waren zerstört. Das Gehirn selbst schien gesund zu sein. Der *Canalis spinalis* war mit Eiter angefüllt, das Rückenmark selbst aber schien gesund zu sein, und die Anheftungen des *Ligamentum dentatum* waren alle vollständig erhalten.

Dieser Fall ist doppelt interessant und belehrend aus zwei Gründen; zuerst zeigt er uns, dass Ohrenflüsse, wenn sie nicht behandelt

werden, weiter fortschreiten, zumal bei Personen von skrophulösem Habitus; denn es kann, wie ich glaube, kein Zweifel obwalten, dass die Karies in diesem Falle eine sekundäre Affektion war, die allem Anscheine nach durch Ausbreitung der primären chronischen Otitis auf den Gehörgang und das Trommelfell entstand; wäre diese Krankheit im Beginn sorgfältig behandelt worden, so würde niemals Karies eingetreten sein. Zweitens lernen wir hier, dass, wenn der Ausfluss aufhört, gefährliche Symptome und der Tod folgen, nicht durch eine Metastase, sondern sehr wahrscheinlich dadurch, dass die Flüssigkeit, indem sie keinen leichten Ausweg durch den kariösen Theil des Schläfenbeins fand, sich in den *Canalis spinalis* ergoss und auf das Rükkenmark drückte; diese Zustände erklären gleichfalls die Verbreitung des Schmerzes auf den Hinterkopf und dann auf die Wirbelsäule.

Beispiele von Karies des Schläfenbeins, die den Tod herbeiführten, indessen mehr eine Folge als Ursache der Otorrhoe sind, liessen sich in grosser Anzahl zusammenstellen. Die Präparate im Richmond-Hospital-Museum, die von Smith mitgetheilten Berichte, geben über den Verlauf der Entzündung, den Tod und die Lostrennung des Knochens in ihren verschiedenen Stadien Auskunft, indem bald früher, bald später das Sensorium ergriffen wird. In diesen, und ich bin geneigt anzunehmen in den meisten Fällen, setzt sich der Zerstörungsprozess von aussen nach innen fort, und deren anfängliche Otorrhoe der entzündeten Schleimhaut ergreift das Periosteum und dann den Knochen selbst.

Die umschriebene Entzündung und der Abszess des Gehirns kann, indem er Resorption und Karies des Schläfenbeins zur Folge hat, Otorrhoe hervorrufen, und der Eiter sich durch das Ohr entleeren. Dr. Corrigan hat einen Fall erzählt und Zeichnungen davon gemacht, so dass man beim ersten Anblick seiner Ansicht Glauben schenken möchte; wenn aber das Gehirn der ursprüngliche Sitz der Krankheit gewesen wäre, so würde der Tod schon viel früher erfolgt sein, ehe der Eiter einen Ausweg durch den härtesten Knochen des ganzen Körpers gefunden hätte.

Endlich kann Otorrhoe durch eine bösartige Krankheit der *Pars petrosa* des Schläfenbeins selbst verursacht werden. Dr. Cusack war so gütig, mir einen höchst merkwürdigen Fall dieser Art mit den einzelnen Umständen zu liefern:

Ein anscheinend gesunder Knabe von 7 Jahren wurde wegen eines Ausflusses aus einem der Gehörgänge zu ihm gebracht. Bei der Un-

tersuchung wurde ein kleiner Polyp im Kanal entdeckt, derselbe wurde entfernt, doch am dritten Tage darauf fand sich, dass er noch grösser geworden war, als vorher; er wurde zu wiederholten Malen jeden dritten oder vierten Tag entfernt, und in der Zwischenzeit die gebräuchlichen, leicht adstringirenden Wässer in Gebrauch gezogen. Diese polypöse oder fungöse Geschwulst zeigte nichts Bemerkenswerthes, mit Ausnahme ihrer ausserordentlich schnellen Reproduktionskraft in einem oder zwei Tagen, so dass man nicht länger versuchte, sie zu zerstören, sondern eine mehr palliative Behandlung einschlug. Nicht lange darauf wurde das Kind plötzlich von einem epileptischen Anfalle ergriffen, und darauf wurde, bei genauer Untersuchung des Ohrs, ein fluktuirender Punkt über dem Warzenfortsatz entdeckt; man schnitt ihn sogleich auf, und es entleerte sich eine bedeutende Menge Eiter. Es zeigte sich jetzt, dass die Höhle, die diesen Eiter enthielt, durch einen Fistelgang mit dem äusseren Gehörgang in Verbindung stand; eine fungöse Masse sprang fast sogleich aus der Inzision hervor, die Theile rund um das Ohr schwollen an und boten das eigenthümliche schwappende Gefühl bei der Berührung dar, so dass kein Zweifel mehr übrig blieb, dass die Krankheit bösartiger Natur sei. Der ursprüngliche Polyp blieb fast in *statu quo,* doch war es wegen Sträubens des Kindes und der Beschaffenheit der Theile zu keiner Zeit möglich, mit Genauigkeit über den Zustand des Trommelfells Aufschluss zu erhalten. Wiederholte epileptische Anfälle, die an Heftigkeit zunahmen, und deren Intervalle immer kürzer wurden, folgten schnell auf diesen kläglichen Zustand, und bald beschloss der Tod die Szene.

Bei der Sektion fand sich ein sehr charakteristischer Fall von Osteosarkom der *Pars petrosa* und *mastoidea ossis temporis.* Die *Pars petrosa* war besonders enorm vergrössert, und so weich, dass man sie mit einem Messer durchschneiden konnte. Das Ganze bildete eine grosse fungöse Masse, welche indess nicht mit dem Theile des Gehirns, welcher auf ihr lag, in Verbindung stand. Jede Spur des inneren Ohrs war verschwunden. Es kann, wie ich glaube, kein Zweifel herrschen, dass in diesem Falle die Krankheit ursprünglich im Knochen ihren Sitz hatte, und dass der Ohrenfluss und der Fungus nur sekundäre krankhafte Erscheinungen waren. Beispiele von *Cancer* und *Fungus haematodes* oder Medullarsarkom sind von den Schriftstellern als Ursache von Ohrenflüssen mitgetheilt worden.

Dieser Fall von Cusack, so wie die vorangehenden Beispiele von *Knochen*krankheiten des Ohrs, die ich auserlesen habe, weil sie erst

neulich in der Versammlung der Mitglieder der *Pathological Society* erzählt wurden, und ich Gelegenheit hatte, die Präparate selbst zu untersuchen, führen uns zu zwei Punkten von grosser Wichtigkeit in der Betrachtung der Otorrhoe. Der eine bezieht sich auf unsere Diagnose, der andere auf die krankhaften Veränderungen im Ohre in Folge lange Zeit vernachlässigter Ausflüsse.

In Betreff des ersteren soll unsere Diagnose immer vorsichtig sein, wenn wir nicht den Fall ganz klar durchschauen, und deshalb können wir, so lange die Otorrhoe vorhanden ist, nicht sagen, wie, wann und wo sie enden wird, und was hierzu beitragen kann. Aus diesem Grunde, wenn nicht ein anderer oder besserer vorhanden ist, sollte die alte Lehre, solche Affektionen sich selbst oder der Natur zu überlassen, ganz verworfen werden, und durch jedes in unserer Gewalt stehende Mittel sollten wir uns bemühen, sie zu heilen.

In Bezug auf die krankhaften Veränderungen will ich erwähnen, dass in dem knorpligen Theil des äusseren Gehörgangs, unmittelbar an der äusseren Oeffnung, wo die Haut loser mit dem Knorpel als an jedem anderen Theil des Ganges verbunden ist, umschriebene Entzündungen deshalb leicht in kleine Abszesse übergehen; dieselben sitzen auf dem Boden oder an der hinteren Wand, und ihre dicke Bedeckung erklärt uns die heftigen Schmerzen und das späte Aufbrechen, wenn sie sich selbst überlassen werden. Phlegmonöse und erysipelatöse Entzündungen ergreifen vorzugsweise diesen Theil; aber selten wird er zu einer schleimsezernirenden Fläche. Die folgende Parthie, in der die *Glandulae ceruminosae* sitzen, ist von mehr fibröser Struktur, das Hautgewebe wird feiner; sie degenerirt leichter in eine schleim- oder eiterartige schleimsezernirende Fläche, Abszesse bilden sich selten in ihr; aber Bläschen, herpetische Ausschläge und andere Hautaffektionen haben gewöhnlich hier ihren Sitz. Der theils knöcherne, theils knorplige Theil des Gehörgangs, im Innern durch das Trommelfell geschlossen, ist von einer Haut überzogen, die innig mit dem Knochen vereinigt ist, von feiner, glatter, trockner, perlenweisser, durchsichtiger Beschaffenheit; entzündet, verdickt sie sich, wird fleischig und sehr gefässreich. In der Otorrhoe wandelt sie sich in eine reine Schleimhaut um, aber selten entwickeln sich Granulationen auf ihr. Zuweilen sah ich kleine Fungi aus ihrer oberen und hinteren Fläche hervorwachsen. In zwei Fällen bei jungen Kindern begann der kariöse Prozess in diesem letzteren Abschnitte, und das erste Zeichen des fortschreitenden Leidens war ein Schwinden der hinteren knöcher-

nen Wand und der des Schläfenbeins. Wiewohl er oberflächlichen Ulzerationen, den Aphthen ähnlich, unterworfen ist, so befallen Hautkrankheiten diesen Theil nicht so häufig oder mit solcher Heftigkeit wie die beiden anderen.

Das Trommelfell ist der Entzündung und allen ihren Folgen ausgesetzt, wie ich sie bereits schon oben beschrieben habe. In der Otorrhoe wird es gewöhnlich gefässreich, zottig und dann granulös, bildet eine schleim- und sogar eiterabsondernde Fläche, wie der Pannus, doch habe ich nie einen Polypen oder Fungus an seiner Oberfläche oder seinen Rändern hervorwuchern sehen. Die beiden Theile dieser Membran, der flache und schlaffe obere und der gespannte, konvexe untere werden verschiedentlich von der Krankheit affizirt; letztere reisst bei der Ruptur des Trommelfells, die erstere wird am häufigsten von Ulzeration ergriffen und sie perforirt gewöhnlich in der chronischen Otitis und Otorrhoe.

Was die Behandlung der Otorrhoe anbetrifft, so ist es kaum nöthig anzuführen, nach dem, was bereits über den Gegenstand geäussert worden, dass unser erster Schritt sein muss, den äusseren *Gehörgang* durch Ausspritzung mit lauem Wasser, und dadurch, dass wir jeden Theil desselben mittelst des Spekulums einem hellen Lichte aussetzen, sorgfältig zu untersuchen. Im ersten Stadium und in der mildesten Form der Krankheit ist Alles, was wir zu entdecken im Stande sind, eine gefässreiche, schleimige Beschaffenheit der Haut des ganzen Kanals und der äusseren Schicht der Membran der Paukenhöhle, die verdickt und von dunkler Farbe ist.

In der einfachen Otorrhoe bepinsele ich gewöhnlich die Oberfläche mit einer Auflösung von ***Argentum nitricum*** (gr. x auf ℥j) mittelst eines feinen Kameelhaarpinsels, was der alten Methode, die Solution einzuträufeln, vorzuziehen ist, weil erstens durch dies bald stärkere, bald schwächere Reiben auf diesen Theilen, je nach dem Zustande derselben, eine Menge des schleimigen Sekrets, welche fest anhängt, entfernt wird, und daher der Erfolg ein sichrerer ist; zweitens dies nur für einen bestimmten Theil erforderlich sein kann, und drittens bei dieser Methode die Concha, der äussere Theil, und wie es bisweilen geschieht, auch die Kleider nicht schwarz gefärbt werden. Diese Applikation wird ungefähr jeden dritten Tag wiederholt, und um dieselbe Zeit wird das Ohr Morgens und Abends ausgespritzt und *selbst* öfter, wenn der Ausfluss sich anhäuft, mit klarem lauen Wasser *und einer* Flasche von **Gummi elasticum**, der, von Freunden, Wär-

tern oder dem Kranken gebraucht, der gewöhnlichen Spritze bei weitem vorzuziehen ist; Abends wird eine schwache adstringirende Flüssigkeit in das Ohr eingeträufelt, bis der Gehörgang angefüllt ist, die man dort einige Minuten lang zurückhalten, und dann ausfliessen lässt.

Die verschiedenen Salze, welche in den gewöhnlichen Augenwässern enthalten sind, sind auch hier besonders anwendbar, hauptsächlich die Blei-, Zink- und Kupferpräparate. Ich wende gewöhnlich die ersteren an, entweder das *Plumbum aceticum* gr. viij — xx auf ℥j, oder ein mehr elegantes Präparat, den *Liq. Plumb. acetic.* ʒj mit *Aq. Rosarum* ℥j. Wird Zink oder Kupfer in Gebrauch gezogen, so halte ich den *Liq. Aluminis compos.* und die *Aq. saphirina* oder den *Liq. Cupri ammonio-sulphatis,* in denselben Verhältnissen wie die Bleiwässer, für die passendsten. Ist der Ausfluss fötide, so gebraucht man die Chlorkalkauflösung des Morgens, die schwach adstringirend ist, und den unangenehmen Geruch beseitigt.

Von der Reinigung, oder mit anderen Worten, vom Ausspritzen hängt so viel ab, dass der Wundarzt nie genug seine Wichtigkeit dem Kranken oder der Umgebung einprägen kann. In der einfachen Otorrhoe, ohne Polyp, Granulationen, oder Affektion der tiefer gelegenen Gebilde, bildet es den hauptsächlichsten Theil der Behandlung, und doch, wie schwierig ist es, es regelmässig auszuführen! Die Anhäufung des Sekrets im Gehörgang, die man gestattet, ist eine der vorzüglichsten Ursachen, dass die Otorrhoe weitere Zerstörungen anrichtet. Geht der Gehörgang in eine sezernirende Höhle über, so gleicht er in mancher Hinsicht einer Fistel, die, je länger sie besteht, um so schwieriger zu heilen ist, und gerade ihre fistulöse Beschaffenheit ist es, welche, zumal in einem engen Kanal, die Fortdauer eines geringen dünnen Ausflusses bedingt, selbst lange nachdem die Granulationen oder andere erzeugende Ursachen beseitigt worden. Die Einwirkung der äusseren Luft auf diese sezernirende Fläche kann indessen, so wie man es im gesunden Zustande beobachtet hat, nie genug beachtet werden. Im Gegentheil ist es ein ganz allgemeines Vorurtheil, denn in zwei Drittheilen der Fälle von Otorrhoe, wo ich zur Behandlung hinzugerufen werde, finde ich die Oeffnung des Gehörgangs mit Baumwolle, oder wegen der angenommenen Heilkraft ihrer Farbe, mit schwarzer Wolle verstopft, was nach jeder Einspritzung unveränderlich wieder geschieht. Im Sommer wurde ich bei einem Kinde von 3½ Jahren wegen eines Ausflusses aus beiden Ohren kon-

sultirt; er bestand damals schon seit zwei Jahren, und war dünn und molkenähnlich. Das Kind war während der ganzen Krankheit unter ärztlicher Behandlung gewesen; im Allgemeinen wurden Einspritzungen und ein adstringirendes Wasser angewandt; es erhielt fortwährend tonisirende Mixturen und abführende Pulver, und war zweimal an der See gewesen. Bei der Untersuchung fand ich die Gehörgänge in sezernirende Höhlen umgewandelt, aber ohne dass Fungus, Granulationen oder Karies vorhanden waren, und das Trommelfell noch vollkommen erhalten, jedoch erfuhr ich, dass es Knäuel roher Baumwolle seit Beginn des Ausflusses getragen habe, und diese nur einmal alle zwei Tage, bei der Injektion und Anwendung des Wassers, entfernt worden wären! Durch Beseitigung derselben, zweimalige Ausspritzung täglich und Fortsetzung derselben adstringirenden Einträufelungen, wurde das Kind in einem Monate geheilt. Es ist kaum nöthig, hinzuzufügen, dass in dem Augenblicke, wo das Ohr in eine schleimsezernirende Fläche übergeht, alle Spuren des Cerumens verschwinden, und gewöhnlich erst, nachdem Monate seit Aufhören des Ausflusses vergangen sind, stellt sich die Absonderung desselben wieder her.

Von der Beschaffenheit des Ausflusses habe ich bereits gesprochen, und es findet, wie durch die Versuche des Prof. Henle gezeigt worden, ein geringer oder gar kein mikroskopischer Unterschied zwischen dem von Schleimhäuten sezernirten Eiter und dem Schleime statt, in einem und demselben Falle variirt er mehrere Male in einem Monate, je nach der Intensität der Entzündung. Die Farbe und der Geruch sind von einigen Schriftstellern als Mittel zur Unterstützung der Diagnose aufgestellt worden. So weit meine Beobachtungen in dieser Krankheit reichen, finde ich sie nicht mit den in den Büchern aufgestellten Regeln übereinstimmend, denn obgleich, wenn Karies des Knochens stattfindet, der Ausfluss gewöhnlich von schwarzer Färbung und fötide ist, so kommen mir doch Fälle vor, in welchen diese beiden Symptome vorhanden sind, ohne dass der Knochen leidet, und besonders wenn das Trommelfell perforirt ist; doch selbst ohne Zerstörung desselben kann dies der Fall sein.

Was die allgemeine Behandlung anbelangt, so scheint ein sehr bedeutender Unterschied bei uns in Hinsicht der Behandlung der Krankheiten der Augen und Ohren stattzufinden; während die der ersteren eine zu lokale ist, ist die der letzteren fast ausschliesslich eine konstitutionelle. Wie oft sehen wir nicht, wie eine pustulöse oder rheumatische Augenentzündung mit einer schmutzig weissen, belegten Zunge

mit adstringirenden Augenwässern behandelt wird, während gegen eine Otorrhoe ohne irgend eine Störung der Digestion oder des allgemeinen Gesundheitszustandes tonisirende Mittel, Seebäder, Blasenpflaster und ein Fontanell am Arm verordnet werden.

Obschon man eine lang andauernde Otorrhoe für ein konstitutionelles Leiden halten muss, so habe ich selten Gelegenheit, ein allgemeines alterirendes oder tonisirendes Verfahren einzuschlagen, wenn nicht eine deutlich ausgesprochene skrophulöse Diathesis vorhanden und die Halsdrüsen zugleich erkrankt sind. Als Ableitungsmittel und Gegenreiz setze ich gelegentlich eine Fontanell am Arme, um theils den Vorurtheilen der Verwandten und Aerzte zu begegnen, theils in Fällen, die zu solch einer Vorsichtsmaassregel berechtigen, z. B. wo eine Gehirnkrankheit bei anderen Gliedern der Familie sich gezeigt hatte, oder wo der Ohrenfluss nach Abnahme einer Hautkrankheit oder irgend einer vikariirenden Absonderung ausbrach, oder wo das Kind früher an Konvulsionen gelitten hatte u. s. w.; doch sind dies Ausnahmen von der Regel.

Ich habe häufig beobachtet, dass, besonders Kinder, vor dem Aufhören einer Otorrhoe, die in Folge einer einfachen chronischen Otitis entstanden war, zu geringen neuen Anfällen von Otalgie geneigt sind, und sich bisweilen kleine Abszesse rund um die Mündung des Gehörgangs bilden. Diese werden meiner Meinung nach am besten durch Applikation eines blasenziehenden Liniments hinter den Ohren auf den *Processus mastoideus*, und Offenhaltung dieses schwachen Gegenreizes einige Zeit lang nach dem Aufhören der Otorrhoe, verhütet. Zu diesem Zwecke sind das *Ol. Crotonis* mit einem Seifenliniment, oder die *Tinct. Jodi*, die kräftiger und leichter auflöslich gemacht wird durch Hinzufügung einer geringen Menge von *Kali hydrojodicum* und des *Acetum Lyttae* ganz geeignet.

Hört eine Otorrhoe von langer Dauer, aus welcher Ursache sie auch entstanden sein mag, entweder von selbst oder in Folge der Behandlung auf, so habe ich in einer grossen Menge von Fällen gefunden, dass sich die Haut des Gehörganges enorm verdickt, und die Epidermis, die sich nun von Neuem gebildet hat und von weisser Farbe ist, ganz wie an den Händen beschaffen ist, welche lange der Einwirkung des heissen Wassers ausgesetzt worden, indem sie beim Einträufeln des Wassers in Stücken sich loslöst und oft den Kanal vollständig ausfüllt.

Die Komplikationen, die die Otorrhoe jederzeit langwierig machen

und ihre Heilung erschweren, sind krankhafte gefässreiche Wucherungen, und besonders die das Trommelfell bedeckenden Granulationen. In solchem Falle erscheint der Boden des Gehörgangs roth und gefässreich, wie ein granulöses Augenlid; hierbei ist es höchst wichtig, zu wissen, ob es die Oberfläche des Trommelfells oder innere Wand der Paukenhöhle ist, die wir sehen. Eine einfache Besichtigung bei hellem Lichte entscheidet dies, denn obgleich der grössere Theil der *Membrana tympani* zerstört und selbst der Amboss und Steigbügel ausgestossen ist, so bleibt doch der Hammer in den meisten Fällen zurück. Eine feine in einen Handgriff passende Sonde wird oft durch das Gefühl allein bestimmen, ob wir auf eine verdickte Membran oder auf das Promontorium des mittleren Ohrs stossen; dadurch, dass der Kranke die Luft durch das Ohr treibt, indem er die Nase zuhält, den Mund schliesst, und dann stark expirirt, oder durch Injektion einer Flüssigkeit, die in den Schlund fliesst, können wir beurtheilen, ob das Trommelfell perforirt ist. Da es aber oft bei Otorrhoe vorkommt, oder wo die Paukenhöhle geöffnet ist, dass die Eustachische Röhre durch Granulationen verstopft oder in Folge von Entzündung verschlossen ist, so ist die letztere Methode nicht immer anwendbar. Im letzteren Falle giebt eine Injektion von Flüssigkeiten durch die *Tuba Eustachii* eben so wenig Aufschluss. In manchen Fällen kann das praktische Auge indess auf einmal die Beschaffenheit der Theile beurtheilen. Manche Personen, bei denen Oeffnungen von mässiger Grösse im Trommelfell stattfinden, bringen beim Pressen der Luft durch die Tuba ein pfeifendes Geräusch hervor.

Mögen nun die Granulationen von dem Trommelfell oder den Wänden der Paukenhöhle ausgehen, das erfolgreichste Mittel zu ihrer Zerstörung ist das *Argentum nitricum* in Substanz, womit man Tag um Tag, oder wenn es erforderlich ist, öfter, die Theile betupft, mittelst eines Aetzmittelträgers.

Drei solche Fälle wurden auf diese Weise geheilt. Zwei von diesen waren kleine Mädchen von acht und sechs Jahren; bei beiden erschien der Ausfluss nach dem Scharlach vor $3\frac{1}{4}$ Jahren, und dauerte seitdem ohne Unterbrechung an, indem er manchmal an Menge und Konsistenz, nach vorangegangenen Schmerzen, die sich bei der geringsten Einwirkung der Kälte einstellten, zunahm. Das Gehör hatte bedeutend abgenommen, die Otorrhoe fand in beiden Fällen aus beiden Ohren statt; der Ausfluss war profus, höchst fötide, und bei der *einen* saniös. Beide waren dem Anscheine nach wohl und hatten die

gewöhnlichen Mittel, Seebäder, Landluft, Abführmittel, Tonica u. s. w., durchgebraucht. Bei Beiden waren die Aperturen des Gehörgangs verdickt und die Ohrmuscheln mit Krusten bedeckt und durch das Sekret exkoriirt. Bei Beiden war der Kanal frei von Exkreszenzen, und obschon die ihn auskleidende Haut in eine Schleim sezernirende Fläche umgewandelt war, so schienen der Knochen und der *Processus mastoideus* gesund zu sein. Bei beiden Kindern war das Trommelfell roth, gefässreich, zottig und zum Theil granulös. Das *Argentum nitricum* wurde in Substanz mit dem Aetzmittelträger auf die Membranen angewendet, bis die Fläche ganz weiss gefärbt war, und dies im ersten Monate jeden vierten Tag, dann einmal in der Woche wiederholt und zuletzt die Solution mit dem Pinsel aufgetragen. In der Zwischenzeit machte man fleissig Injektionen, zweimal täglich; Abends wurde Bleiwasser eingeträufelt, indem nie eine Ansammlung des Sekrets gestattet wurde; dabei fleissige Bewegung in der freien Luft empfohlen, eine nahrhafte Diät verordnet, und gelegentlich, besonders wenn etwas Schmerz im Ohr sich einstellte, einige Gran *Hydrargyrum cum Creta* mit etwas Rheum genommen. Nach der zweiten Applikation des Aetzmittels war der Ausfluss geringer geworden, von dickerer Konsistenz, zäher, schleimiger, weniger purulent und von mehr grüner Farbe. Das Gehör besserte sich von Tag zu Tag, jedoch gegen Ende der sechsten Woche, als der Ausfluss fast gänzlich aufgehört hatte, stellte sich bei beiden Kindern Schmerz in einem Ohre ein, und eine geringe Zunahme eines dünnen wässrigen Sekrets. Ein Blutegel, auf den Tragus gesetzt, und der Gebrauch abführender Pulver hatten bald Besserung zur Folge. Beide Kinder sind jetzt vollständig hergestellt; das Trommelfell ist zwar weiss und verdickt, aber das Gehör fast so gut wie vor dem Eintritt des Scharlachs. Bei einem dieser Mädchen brachte die Berührung des Trommelfells selbst mit einem Haarpinsel immer einen heftigen Hustenanfall hervor.

Hierbei muss ich bemerken, dass das *Argentum nitricum* oft im Munde geschmeckt wird, wenn man es auf das Trommelfell applizirt, und eine junge Dame, die ich jetzt wegen kleiner, durch das perforirte Trommelfell hervorwuchernder Exkreszenzen behandele, wo der Hammer sich noch in seiner Lage befindet, erzählt mir, dass sie ganz bestimmt die Einwirkung des Aetzmittels fühlt, wie es längs des Randes der Zunge herunterläuft, aber niemals die Spitze erreicht. Hier ist sehr wahrscheinlich die *Chorda tympani* freigelegt. Sie hat

gleichfalls, auf eine höchst unangenehme Weise, bei der geringsten Ursache das Gefühl des sogenannten „Stumpfseins der Zähne".

Die letzte Ursache und Komplikation der Otorrhoe ist der Polyp. Fleischige, gestielte, krankhafte Auswüchse im Ohre, fast farblos, von einer dünnen Haut überzogen, die nicht als Folgen von Entzündung auftreten und von keinem Ausflusse begleitet sind, habe ich beobachtet, und solche Fälle sind im Vergleich mit denen, auf die ich so häufig aufmerksam gemacht und jetzt ausführlich beschreiben werde, höchst selten. In dieser Abhandlung habe ich mich fortwährend der Namen Fungus oder Polyp für solche krankhafte Bildungen, die das Produkt entzündlicher Thätigkeit und lang andauernder Otorrhoe sind, bedient.

Unter Fungus verstehe ich indessen diejenigen gefässreichen und granulösen Massen, welche gewöhnlich vom erkrankten Knochen oder nach der theilweisen oder gänzlichen Zerstörung des Trommelfells und seiner Anheftungspunkte hauptsächlich auf dem Boden des Gehörgangs angetroffen werden; während Polypen meistentheils auf den Theil des Ganges, wo die cerumenabsondernden Drüsen sich befinden, beschränkt sind und kleinere Wurzeln haben als die Fungi.

Es wird in den Büchern angeführt, die Polypen hätten eine glatte Oberfläche, während die Fungi gelappt seien. In manchen Fällen können Polypen zugleich mit Granulationen auf dem Trommelfell und fungösen Massen, die aus dem mittleren Ohre hervorwachsen, vorhanden sein. Gewöhnlich erscheint der Polyp mehr äusserlich an der äusseren Oeffnung, während der Fungus meistentheils den Boden des Gehörgangs einnimmt. Letzterer kann jedoch auch nach Aussen zum Vorschein kommen, wie wir aus dem folgenden Falle ersehen. Ungefähr vor einem Jahre zog ich den Dr. Corrigan zur Konsultation bei einem sehr klugen Knaben von 7 Jahren, der mit bedeutender Taubheit und einem höchst profusen, dünnen, fötiden, schwarzgefärbten Ausfluss aus beiden Ohren fast von der jüngsten Kindheit an behaftet war. Die Menge des Sekrets, welches aus seinen Ohren floss, war, besonders in der Nacht, ganz unglaublich. Ich befürchtete zuerst eine Krankheit des Knochens, aber glücklicherweise hat sich das Gegentheil herausgestellt. Nach Reinigung des Ohrs fand sich eine schwarzgefärbte, sehr gefässreiche fungöse Masse, die vollständig die Mitte beider Gänge, die bedeutend verdickt und verengt waren, ausfüllte. Beim ersten Anblick hatten sie das Aussehen von Polypen; doch bei näherer Untersuchung mit dem Spekulum und einer feinen Sonde konnte ich nicht

entdecken, ob sie aus einem besonderen Theil der Wände des Ganges hervorwüchsen, sondern schienen mir vom Trommelfell auszugehen.

Das *Argentum nitricum* in Substanz wurde auf diese Gebilde ungefähr einmal jeden vierten Tag über sechs Monate hindurch applizirt, bis sie vollständig bis zum Niveau des Trommelfells zerstört waren; dasselbe hatte eine breite Oeffnung in der Mitte auf beiden Seiten, durch die die injizirte Flüssigkeit in den Pharynx floss. Um diese Zeit liess der Ausfluss bedeutend nach und das Gehör besserte sich sehr; bei der Untersuchung mit dem Spekulum zeigte sich der Gehörgang von weisslicher Farbe, verdickt, und das Trommelfell, mit der Oeffnung in ihrer oberen und vorderen Abtheilung, war noch roth und zottig; von nun an wurde das Aetzmittel in Substanz ausgesetzt und die Auflösung statt dessen angewendet; während Blei- und Chlorkalkwaschungen mit fortwährenden Einspritzungen nie unterlassen wurden. Ich sehe den Knaben gelegentlich; dasGehör ist fast gänzlich hergestellt; doch hat, hauptsächlich durch die Nachlässigkeit der Wärter, die bisweilen sein Ohr drei Tage hintereinander auszuspritzen vergessen, der Ausfluss noch nicht ganz aufgehört; doch, selbst trotz eines so langen Zwischenraums der Reinigung, ist er nie so bedeutend, dass er den Gehörgang ganz ausfüllt.

Zur Entfernung der Polypen und anderer fungösen Geschwülste sind verschiedene mechanische Mittel in Form von Zangen und Ligaturen u. s. w. empfohlen worden. Ohne in eine historische Beschreibung aller dieser einzugehen, ist es hinlänglich, zu bemerken, dass sie zu dem Zwecke, für den sie erfunden worden, ungenügend waren; die ersteren wegen des Zerreissens und des Gefässreichthums der Substanz, die sie fassen sollten, die letzteren wegen der Schwierigkeit, sie genau an die Wurzel oder den Stiel der krankhaften Geschwulst anzulegen.

Zuerst muss man sich eine so genaue Kenntniss als möglich von dem Punkte verschaffen, von dem die Geschwulst ausgeht; ist sie, wie es bisweilen der Fall ist, von geringer Grösse, runder Gestalt und sitzt sie nicht sehr tief im Gehörgange, so kann man sie mit einer langen gekrümmten Scheere abschneiden; das beste Instrument zur Entfernung der Ohrpolypen ist ein kleiner schlingenartiger Apparat, der aus einem dünnen stählernen Stiel besteht, mit einem beweglichen Schieber an dem viereckigen Theil des Handgriffs; der obere Theil ist glatt und mit Löchern durchbohrt, durch welche ein feiner Drath von Platina geht, der an einer Querstange am Handgriff befestigt ist. Beim Gebrauche desselben wird die Querstange vorwärts gestossen, und

eine Schlinge an dem Drath in hinlänglicher Grösse, um die Geschwulst einzuschliessen, gemacht; dieselbe wird dann gefasst und die Querstange kräftig gegen den Handgriff angezogen.

Zum Schluss will ich kurz noch einmal die Folgen, zu welchen veraltete Otorrhoeen Anlass geben, zusammenstellen:

Andauernde Verdickung der Wände des äusseren Gehörganges, besonders an seiner Mündung, welche sich zuweilen theilweise schliesst oder in eine Spalte umwandelt; nachtheilige Einwirkungen auf die *Glandulae ceruminales*; Erzeugung einer krankhaften Beschaffenheit der den Gang auskleidenden Haut; eine Verdickung und Undurchsichtigkeit des Trommelfells; Erschlaffung desselben als Wirkung der Entzündung auf die Bewegungen der Gehörknöchelchen; eine granulöse Beschaffenheit des Trommelfells; Perforation oder gänzliche Zerstörung desselben, so dass die Trennung zwischen dem mittleren und äusseren Ohre hinwegfällt; Polyp und fungöse Exkreszenzen; Verlust der Gehörknöchelchen und endlich Karies des Schläfenbeins mit allen daraus entstehenden Symptomen und nachtheiligen Folgen.

II. Analysen und Kritiken.

Dissertationen über Pädiatrik.

1. Ueber eine Masernepidemie, welche im sogenannten Voigtlande bei Berlin im Winter $18\frac{43}{44}$ herrschte.

(*De epidemia morbillosa in suburbio Berolinensi hieme anni h. s.* $18\frac{43}{44}$ *observata. Dissert. inaugural. auctore Mauritius Neisser. Berolini MDCCCXLIV.* 8.)

Der Verf. hat die Krankheit mit grosser Genauigkeit bei 43 Kindern, deren Alter zwischen einem halben Jahre und 7 Jahren variirte, beobachtet. Er macht uns zuerst mit den Vorläufern der Affektion bekannt, die er nur in 28 Fällen aufzuzeichnen Gelegenheit hatte und die in einem Falle nur 12 Stunden währten, in den übrigen mehrere Tage, in dreien sogar 8 Tage.

Es waren die bekannten katarrhalischen Erscheinungen, Hyperämie der Konjunktiva und Nasenschleimhaut, Husten, der meistens *noch* in der Konvaleszenz-Periode vorhanden war und bisweilen durch

kurze Inspirationen, denen eine tiefe, lang anhaltende, mit einem eigenthümlichen metallisch klingenden Tone verbundene Exspiration folgte, von dem gewöhnlichen Masernhusten abwich. Dieser Zustand verschwand aber, sobald die Schleimhaut anfing zu sezerniren. Oft wurde über Halsschmerzen geklagt, die Fauces waren geröthet, doch fand nie eine wirkliche Angina wie beim Scharlach statt. Heim sagt, er habe sehr oft den Ausschlag auf der Mundschleimhaut sich entwickeln sehen, ehe er die äussere Haut befiel. — Uebelkeit und Erbrechen fanden nur dreimal statt, doch möchte man dem Verf. nicht darin beipflichten, wenn er behauptet, dies Symptom müsse anderen Krankheiten, deren Auftreten den Masern ähnlich ist, wie der Meningitis, Variola u. s. w., zugeschrieben werden, denn in manchen Epidemieen wird es ohne Ausnahme in allen Fällen beobachtet und scheint vielmehr der starken Entwicklung des Exanthems mit inflammatorischen Erscheinungen auf der Darmschleimhaut zugeschrieben werden zu müssen, und nicht, wie man früher annahm, einem Nervenkonsens oder Sympathie; dasselbe muss man annehmen, wenn in manchen Fällen heftiger Durchfall der Maserneruption vorhergeht. Febrile Erscheinungen fehlten nie, mit grosser Hitze der Haut, die zuweilen stark schwitzte, dunklem, sparsamem Urin und abendlichen Exazerbationen. Nasenbluten, das von manchen Aerzten als konstantes Symptom bei den Masern angeführt wird, beobachtete der Verf. nur fünfmal; es stellt sich bei sehr bedeutender Hyperämie der Nasenschleimhaut ein, und begleitet auch oft andere akute Exantheme.

Das Exanthem selbst entwickelte sich nicht immer zuerst im Gesicht, sondern nach der Angabe des Verf. zeigten sich in einigen Fällen die ersten Flecke auf der Brust, dem Halse und einmal auf dem Rücken; doch dies mit Bestimmtheit behaupten zu wollen, ist sehr schwierig, da der Ausschlag oft an der Stelle, wo er hervorgekommen, wieder erblasst. So will der Verf. auch drei Fälle gesehen haben, wo das Exanthem das Gesicht gänzlich verschonte, andere, wo Arme und Hals verschont blieben. Solche Beobachtungen können aber nur in Hospitälern gemacht werden, wo der Kranke beständig unter Aufsicht des Arztes sich befindet, aber nicht in der Privatpraxis, zumal unter den niederen Ständen, wo oft Dinge von der grössten Wichtigkeit dem Laien entgehen. — Die Form der Masernflecke, ihre verschiedene Färbung vom hellsten bis zum tiefsten Roth wird weitläufig hier besprochen, ist aber natürlich unwesentlich. Die Dauer vom ersten Auftreten bis zum Verschwinden des Ausschlags variirt zwischen einem

und neun Tagen. Niemals hatte das Exanthem die ganze Körperoberfläche ergriffen, sondern einzelne Theile blieben immer verschont; auch verschwand dasselbe nicht in derselben Ordnung, in der es aufgetreten war. Je nach der Konstitution und dem Habitus des Kranken zeigten sich Verschiedenheiten. Bemerkenswerth ist, dass bei zwei Kindern, die fortwährend mit einander verkehrten, sich nicht dasselbe Exanthem entwickelte, sondern bei dem einen Masern, bei dem anderen Varizellen; oft kam es vor, dass in derselben Familie mehrere Kinder gar nicht von der Krankheit ergriffen wurden.

Die den Ausschlag begleitenden Symptome waren die bekannten katarrhalischen und febrilen. Die Zunge, die an der Spitze und an den Rändern roth, in der Mitte und an der Wurzel mit weissem Belage bedeckt war, verlor, als der Ausschlag zu verschwinden begann, ihr Epithelium.

Die Desquamation stellte sich oft sehr spät ein, manchmal erst in der fünften Woche; zuweilen dauerte sie längere Zeit, so bei zwei Kindern bis zur dritten Woche. Nur dreimal fand der Verf. im Gesicht hier und da abgelöste Lamellen der Epidermis; bei vier Kranken war nur der Rumpf mit kleinen kaum zu bemerkenden Schüppchen bedeckt.

Der Verf. hatte keine Gelegenheit, sich von den anatomischen Charakteren der Krankheit, dem Zustande des Bluts, der Haut u. s. w. zu überführen. Er führt daher kurz die von Rilliet und Barthez in zwei Fällen gemachten Beobachtungen an.

Ein Mädchen von 5 Jahren, vollkommen gesund, wurde von den Masern ergriffen. Nach dem Ausbruch des Exanthems dauerte das das Fieber, der Husten mit grosser Hinfälligkeit, Anorexie, Stocken der Kräfte und Diarrhoe fort. Am funfzehnten Tage der Krankheit trat eine Eruption von Varizellen auf, und am darauf folgenden starb das Kind nach vorhergegangenem heftigen Erbrechen.

Bei der Sektion zeigten sich alle Organe erweicht und geröthet; das Blut war nicht geronnen, sondern vielmehr flüssig, roth und hatte alle Gewebe durchdrungen. — In dem anderen Falle zeigten sich die Schleimfollikel im Darmkanal sehr entwickelt und geschwollen, was nach Rokitansky bei allen exanthematischen Krankheiten mehr oder weniger der Fall ist.

Die komplizirenden Krankheiten waren Bronchitis, indem sich die Hyperämie der Respirationsschleimhaut bis zur Entzündung stei-

gerte, die sechszehnmal beobachtet wurde, aber nichts Abweichendes von der gewöhnlichen Entzündung der Bronchialschleimhaut darbot.

Der Verf. hätte also die weitläufige Aufzählung und Besprechung ihrer Symptome übergehen können.

Mit der Bronchitis war zuweilen Pneumonie verbunden, letztere trat aber auch allein auf und war dann eine lobuläre. Laryngitis hatte sich in keinem Falle entwickelt. — Die Entzündung der Konjunktiva kam dem Verf. siebenmal vor. — Stomatitis, die wohl nur eine akzessorische Krankheit, keine Komplikation war, wurde in zwei Fällen beobachtet. Die Tuberkulosis der Lungen kann nicht zu den komplizirenden Krankheiten gerechnet werden, da sie entweder schon vor dem Ausbruch der Masern vorhanden ist und ihr Verlauf durch dieselben nur beschleunigt wird, oder sich erst in Folge des Exanthems entwickelt.

---

2. Von der *Angina membranacea* oder dem Krup.

(*De Angina membranacea vulgo Croup vocata. Dissert. inauguralis auctore Carolus Schwand. Berolini MDCCCXLIV.* 8.)

Diese Dissertation giebt uns, wie so viele, nichts Neues, sondern wärmt die alten, so oft besprochenen Dinge über Diagnose der Krankheit, deren Unterscheidungsmerkmale vom Pseudokrup Guersant's, der *Tussis convulsiva*, dem *Asthma Millari* u. s. w. wieder auf, wodurch aber dem fühlbaren Mangel einer Erklärung des Wesens dieser letzteren Affektionen nicht abgeholfen wird. — Auch bei der Kur des Krups finden wir schon längst bekannte Dinge, so dass diese Arbeit zu den schwächsten gezählt werden muss.

---

3. Von der Blennorrhoe der Neugebornen.

(*De ophthalmia neonatorum. Dissert. inauguralis auctore Adolphus de Stuckradt. Berolini MDCCCXLIV.* 8.)

Auch diese Arbeit enthält nur schon Bekanntes, was man in allen Handbüchern über Augenkrankheiten findet und ist nur eine Kompilation, weshalb wir es nicht für werth halten, uns spezieller mit derselben zu beschäftigen.

Von den impetiginösen Hautausschlägen der Kinder, von Dr. Duchesne-Dupars.

(*Traité complet des gourmes chez les enfants réunissant la description et le traitement des éruptions chroniques du premier âge (achores, porrigo, favus, teignes etc.), des affections désignées par scrofules, strumes, écrouelles, mal-froid etc. et des altérations syphilitiques originelles etc., par Dr. Duchesne-Dupars. 2. édition. Paris* 1844. 8.)

In dem mit der Ueberschrift „allgemeine Betrachtungen" versehenen Kapitel beschäftigt sich der Verf. mit den verschiedenen Perioden des kindlichen Alters und ihren physiologischen und pathologischen Zuständen; er würdigt den Einfluss der pathologischen Anatomie auf die Diagnose der in den ersten Lebensjahren auftretenden Krankheiten, und hat vollkommen Recht, wenn er sagt, dass diese Wissenschaft frei von allen Uebertreibungen wichtige Dienste leisten kann in der Bestätigung und Rektifizirung der so schwierigen Diagnose einer Menge von Affektionen des kindlichen Alters. So erzeugt z. B. der Dentitionsprozess, der nicht, wie der grosse Haufe glaubt, die Ursache aller Kinderkrankheiten ist, doch einige derselben oder bildet oft eine höchst wichtige Komplikation. Dasselbe gilt von den Eingeweidewürmern, die mehr als einmal den praktischen Arzt irre geleitet über die wahre Ursache der Zufälle, die er zu bekämpfen hatte. Man muss eingestehen, dass es keine leichte Sache ist, die verschiedenen Ursachen der Krankheiten zu entdecken und folglich dieselben durch eine passende Behandlung zu beseitigen. Um mithin ein guter Therapeut zu sein, sind nicht allein Kenntnisse, sondern auch ein gewisser Scharfsinn, den man gewöhnlich mit dem Namen guter Blick, ärztlicher Takt, belegt, nöthig; man muss mit einem Worte viele Kranke sehen und sie besonders ordentlich beobachten, was nicht jedem Arzte gegeben ist.

Nach diesen vorausgeschickten allgemeinen Betrachtungen behauptet der Verf., dass unstreitig eine Menge Kinder von ihren Eltern die Prädisposition zu chronischen Affektionen als angeerbt mit auf die Welt bringen; so die skrophulösen, mit Ausschlägen behafteten und syphilitischen. Gewöhnlich aber, zumal bei Skropheln und Hautausschlägen, giebt sich das im Körper schlummernde Gift erst einige Zeit nach der Geburt kund, wenn der Organismus sich unter dem Einflusse einer krankhaften oder funktionellen Reizung, wie die Dentition, befindet, zu erkennen und richtet seine Verwüstungen an.

Diese angeborenen oder konstitutionellen Krankheiten, die Niemand leugnen wird, sind eben deshalb sehr schwer zu heilen, weil sie gleichsam dem Organismus aufgepfropft sind, und bilden häufige Rezidive. Indessen ist jetzt, Dank sei den Fortschritten der medizinischen Wissenschaften, Dank den speziellen Studien, denen sich geschickte Aerzte hingegeben haben und noch hingeben, die Behandlung der chronischen Affektionen im kindlichen Alter nicht mehr so unsicher, wiewohl noch viel zu thun übrig ist, um eine vollständige und dauernde Heilung zu erzielen.

Der Verf. unterscheidet drei Klassen von Ausschlägen, die sich durch die Art und Gestalt ihrer krankhaften Produktionen unterscheiden. Zu der ersteren rechnet er die Ausschläge, welche im Gesicht und auf dem behaarten Theile des Kopfs ihren Sitz haben und die man gewöhnlich: *Achores, Crustea lactea, Feux de dents* u. s. w. nennt; sie bilden die impetiginösen Affektionen der ersten Lebensjahre. Zu der zweiten gehören diejenigen, wo mehrere Gewebe zugleich ergriffen sind, so dass daraus eine ganze Reihe von skrophulösen Symptomen entsteht, die man auch *Écrouelles, Humeurs froides* nennt. Zu der dritten Gruppe zählt er endlich die Erscheinungen der angeborenen syphilitischen Ansteckung.

Hierauf beschäftigt sich der Verf. mit der Streitfrage über Gifte, die schon vor ihm von Vielen geleugnet, von Anderen angenommen worden sind. Diese Frage ist übrigens sehr schwer zu entscheiden. Indessen kann man sich, indem man ihren Einfluss auf unsern Organismus anerkennt, von der Bildung der meisten epidemischen und kontagiösen Krankheiten Rechenschaft geben; oft jedoch ist uns der Ursprung des Uebels unbekannt, so wie seine Uebertragungsweise. Dann muss man sich an die Thatsachen selbst halten.

In Betreff der Ansteckung ist diejenige, die auf dem Wege der Zeugung vor sich geht, die ererbte, die häufigste Quelle vieler Leiden, und zum Wohle des öffentlichen Gesundheitszustandes und für die Ruhe der Familien wäre es wünschenswerth, dass man Mittel hiergegen auffinde.

Der Verf. nimmt nun hinter einander die einzelnen Klassen durch, und beginnt in der ersten mit den Achores; dann folgt die Beschreibung der Porrigo und des Favus. Jede dieser Affektionen wird nach allen Richtungen hin besprochen; trotz der Familienähnlichkeit, die sie unter einander verbindet, bietet ihre Diagnose, Prognose und Behandlungsweise bemerkliche Unterschiede dar.

Nichtsdestoweniger herrscht viel Unklares darüber, und wie sollte es auch anders sein, da unsere ausgezeichnetsten Dermatologen in der Klassifikation der Hautkrankheiten abweichen. Der sich nicht mit Untersuchungen befassende Arzt überlässt den Mikroskopisten die grosse Streitfrage zu lösen, ob Hautparasiten die Ursache der uns beschäftigenden Krankheiten sind oder nicht. In der Skabies hat man den Akarus angenommen, und nach dem Dr. Héreau, der eine Abhandlung unter dem Titel: *Théme rationelle de la cause et du traitement des maladies de la peau,* geschrieben hat, werden auch andere Hautausschläge kleinen mikroskopischen Thieren zugeschrieben. Dr. Gruby, den unser Verf. ebenfalls erwähnt, hat nachgewiesen, dass die Tinea und der Favus aus Parasiten bestehen.

Das Studium der skrophulösen Affektionen der Haut, zu denen Dr. Duchesne nun übergeht, ist höchst interessant, weil der krankhafte Stoff, der sie hervorruft, als ein Proteus betrachtet werden muss, der sich unter allen möglichen Formen versteckt und fähig ist, bedeutende Veränderungen im Lymphsystem, die sich auch auf andere Gewebe verbreiten, hervorzurufen. Diese spezielle, sowohl hereditäre als später erworbene Diathesis ist die wahre Quelle der skrophulösen Krankheiten und die Ursache ihrer Rezidive. Man muss auch auf die Reizung und Entzündung Rücksicht nehmen, die den pathologischen Prozess befördert und so die Ausrottung der Krankheit noch schwieriger macht. Dies sind die spezifischen Entzündungen, die auch spezifische Mittel erfordern.

Nachdem der Verf. die lächerliche hergebrachte Methode, der Stockung in den Unterleibsdrüsen entgegen zu arbeiten, angeführt, stellt er einige allgemeine Betrachtungen über die Behandlung der Skropheln auf, mit der sehr wahren Bemerkung, dass allgemeine den ganzen Organismus umstimmende, besonders hygieine Mittel, allen örtlichen gegen einzelne Symptome wirkenden vorzuziehen sind.

Darauf beschreibt er in einzelnen getrennten und besonderen Artikeln die skrophulösen Hautausschläge, die oberflächlichen skrophulösen Drüsenanschwellungen, die Skrophulosis der Schleimhäute, der Knochen und Gelenke, wo er eine Beschreibung der Rhachitis und des *Tumor albus* hinzufügt.

Jede dieser besonderen Formen erfordert dasselbe antiskrophulöse Heilverfahren.

Es bleibt uns noch übrig, über die syphilitischen Ausschläge zu *sprechen.* Duchesne handelt die chronischen Affektionen der ersten

Lebensjahre ab, die Folge eines venerischen Giftes sind und deren kontagiöse Natur durch unumstössliche Beweise erwiesen ist. Ausserdem erlangt man die traurige Gewissheit, dass die Uebertragung des syphilitischen Giftes durch das Säugen sowohl auf die Amme wie auf das Kind stattfinden kann. (?)

„Niemand", fährt der Verf. fort, „wird leugnen, dass nicht auch die Entbindung eine häufige Ursache der Ansteckung für das Kind ist. Endlich nehmen viele Aerzte, unter anderen Cullerier, an, dass eine Ansteckung des Kindes im mütterlichen Leibe möglich sei."

„Dem Kinde kann mithin die Syphilis unter drei verschiedenen Bedingungen und in drei auf einander folgenden Epochen der ersten Lebenszeit mitgetheilt werden: Erstens dem Fötus im Uterus; dann dem Kinde im Augenblicke der Entbindung; endlich während des Säugens."

„Ein Umstand ist aber besonders trübselig: Ein Kind, dessen Eltern bei seiner Geburt keine Spuren eines syphilitischen Leidens auffinden lassen, kann selbst dadurch, dass sein Vater oder seine Mutter früher an dieser Krankheit gelitten haben, von der Syphilis befallen werden."

Dies beweist mithin, dass bei Kindern wie bei Erwachsenen die Syphilis bald längere, bald kürzere Zeit verborgen sein und schlummern kann, und dann mit den charakteristischen Symptomen oder unter einer anderen Form, die nur der Abdruck einer durch das syphilitische Gift modifizirten oder degenerirten Diathesis ist, auftritt.

Zuletzt geht der Verf. die Behandlung der einzelnen Symptome der Syphilis durch, wie der *Ophthalmia neonatorum*, der Blenorrhoe bei kleinen Mädchen, der Ulzerationen, wo sie auch vorkommen mögen, und der syphilitischen Hautkrankheiten (der sogen. Syphiliden).

Das Mittel, welches dem Verf. am wirksamsten zu sein scheint, ist der Merkur, mittelst des Säugens in den Körper gebracht. Doch ist diese Methode jetzt von den meisten Aerzten als unwirksam verlassen, und man giebt den Säuglingen selbst ohne Gefahr Merkurialien.

Der Leser wird am Schlusse des Werkes ein Formular finden, wo die verschiedenen Formen der Mittel, die gegen die Hautausschläge der Kinder empfohlen sind, zusammengestellt worden.

III. *Klinische Mittheilungen.*

A. *Hôpital des Enfans malades* in Paris (Klinik von Jadelot).

Ueber den Verlauf und die Behandlung der Chorea.

Im Saal Ste. Catherine lag ein junges Mädchen von 9 Jahren, seit drei Monaten erkrankt. Von kräftiger Konstitution, gewöhnlich gesund, hatten sich, nach der Aussage der Eltern, ungefähr vor drei Monaten in Folge eines heftigen Schreckes einige konvulsivische Bewegungen in den Gesichtsmuskeln eingestellt, die man für Grimassen hielt und wegen derer sie einige Male bestraft wurde.

Nach acht bis zehn Tagen nahmen diese Bewegungen des Gesichts noch mehr zu und zugleich traten schnelle, zuckende, unregelmässige Bewegungen hauptsächlich in den oberen Extremitäten ein. Die Sprache war nicht behindert. Man versuchte einige nicht sehr energische Mittel, und vornehmlich Fussbäder mit Senf. *Die kleine* Kranke klagte häufig über Kopfschmerzen. Seitdem nahmen die Bewegungen der Gesichtsmuskeln und der der Extremitäten immer mehr zu; das Kind befand sich in einer fast fortwährenden Bewegung, wodurch sich die Eltern bewogen fühlten, sie nach dem Hospital zu bringen.

Der Zustand, der sich beim ersten Examen darbot, war folgender:

Das Gesicht, von natürlicher Färbung, wird von Zeit zu Zeit durch konvulsivische, schnelle, unregelmässige Bewegungen der Muskeln verzerrt; die Augen öffnen und schliessen sich; die Zunge kann nur mit Mühe herausgestreckt werden, und erst nachdem das Kind mehrere Versuche gemacht hat. Die Sprache geht leicht von Statten.

Liegt die Kranke im Bette, so zeigt sich keine Bewegung am Rumpfe, und auch die der Extremitäten ist unbedeutend; kaum treten in den Beinen bisweilen geringe Erschütterungen ein. Die wiewohl stärker hin und her geworfenen Arme bieten doch nicht diese fortwährenden, in der Chorea so gewöhnlichen Bewegungen dar.

Wenn man aber das Kind aufrecht stehen lässt, so stellt sich im ganzen Körper ein äusserst heftiges Zittern ein, welches nicht nur das *Stehen*, sondern auch das Gehen unmöglich macht. Sie kann sich *nicht* aufrecht halten, ohne sich gegen die umgebenden Gegenstände

zu stützen, und auch dann ist sie keinen Augenblick ruhig. Wenn sie gehen will, so stolpert sie bei jedem Schritte, und kann nur geradeaus gehen.

In dieser Stellung geht das Zittern des Rumpfes auch auf den Kopf und Hals über, indem sie den Kopf von einer Schulter auf die andere wirft, ohne nur einen Augenblick sich ruhig zu verhalten.

Die Ernährung hat nicht gelitten, die Sinnesorgane sind keinesweges affizirt, die allgemeine Sensibilität und die Reaktion gegen äussere Eindrücke scheinen gesteigert zu sein. Der geringste Widerspruch bringt sie zum Weinen; sie weint auch sehr oft, wenn sie die in demselben Saal befindlichen Kinder über ihre komischen Bewegungen lachen sieht. — Man beobachtet, dass die konvulsivischen Bewegungen auf der linken Seite stärker sind als auf der rechten.

Die allgemeinen Symptome bieten nichts des Erwähnens Werthes dar. Der Puls ist ruhig und regelmässig. Kein Schmerz in der Gegend des Halses. Nur klagt sie fortwährend über Kopfschmerz von Zeit zu Zeit. (*Infus. Rad. Valerian.*, Einreibungen mit *Ol. Chamomill. camphorat.*, Fussbäder mit Senf, allgemeines Bad.)

Vierzehn Tage der obigen Behandlung hatten keinen Erfolg gehabt; das Kind erhält daher einen leichten Aufguss oder *Fol. Aurantiorum*, täglich Morgens und Abends eine Dosis *Pulv. Rad. Valerian.* (gr. vj.) Fortsetzung der Einreibungen mit *Ol. Chamom.*, Bäder.

Bei dieser Behandlungsweise, und dem inneren Gebrauche des *Pulv. Rad. Valerianae*, scheinen die Bewegungen etwas an Stärke abzunehmen; doch sind sie noch heftig genug, so dass sich das Kind nur mit der grössten Mühe aufrecht halten oder einige Schritte gehen kann. Die Bewegungen des Kopfes und Halses geschehen nicht so schnell und anhaltend. Der Geruch der Valeriana ist der Kranken zuwider, so dass sie dieselbe nicht mehr nehmen will. Es wird täglich eine Pille aus *Extr. Opii aquosum* gr. β verordnet, und ein Vesikatorium in den Nacken gelegt.

Wir wollen den Verlauf der Krankheit während der drei Monate, die die Kranke im Hospitale zubrachte, nicht ausführlich beschreiben, sondern nur anführen, dass nach Ablauf derselben, da die Eltern das Mädchen aufs Land senden wollten, dasselbe das Hospital, wenn auch nicht vollständig geheilt, doch wenigstens in einem befriedigenderen Zustande, als bei ihrer Aufnahme, verliess. Die Kranke kann ohne Beschwerde gehen, selbst ohne sich an die umgebenden Gegenstände zu halten; doch bleibt sie nicht in einer Richtung, sondern stolpert hin-

weilen. Die Bewegungen der unteren Extremitäten sind während der Lage im Bette stärker, als beim Stehen und Gehen.

Jadelot bemerkt über die Krankheit Folgendes:

„Wie der Sitz der meisten Nervenkrankheiten vollkommen unbekannt ist, so auch der der Chorea, und obwohl Todesfälle glücklicher Weise selten sind, so haben die Untersuchungen an Leichen diesen Punkt nicht aufhellen können. Man hat mehrere Male Alterationen in der Gehirnsubstanz gefunden; aber keine derselben ist konstant, und sehr oft kommen Fälle vor, wo jede Veränderung, der man die bekannten Erscheinungen zuschreiben könnte, fehlt. Sie werden wohl einsehen, dass es überflüssig ist, auf diese anatomischen Charaktere Rücksicht zu nehmen, indem sie vorhanden sein können, ohne dass Chorea sich einstellt, und ebenfalls Chorea beobachtet wird bei gänzlichem Mangel derselben. Indessen glaube ich, dass die partielle chronische Chorea von einer organischen Affektion des Gehirns abhängig sein kann."

„Ich will noch einige Worte über den Verlauf und die Behandlung der Krankheit hinzufügen, indem ich die anderen Punkte unberücksichtigt lasse, auf die wir bei Gelegenheit später zurückkommen werden."

„Die Chorea kann partiell und allgemein sein. Indessen befällt sie sehr oft nur einen Theil des Körpers und ist nicht von grosser Heftigkeit. Am häufigsten tritt sie plötzlich auf, d. h. die ersten Symptome erscheinen mit einem Male, ohne indessen zu ihrer höchsten Intensität gelangt zu sein. Im Gegentheil sind die Bewegungen selten im Beginn der Krankheit so stark, als sie es in der Folge werden. Einige Verzerrungen des Gesichts, ein geringes Hin- und Herbewegen bei Einigen der unteren, bei Anderen der oberen Extremitäten, scheinen fast zu beweisen, dass die ersten Erscheinungen dieses oder jenes Gebiet des Nervensystems vorzugsweise befallen. Dasselbe ist der Fall mit der Häufigkeit, womit die Chorea bald die eine, bald die andere Seite des Körpers ergreift; ist sie partiell, so meinen Einige, die rechte Seite, Andere, die linke werde häufiger ergriffen."

„Ist die Chorea partiell, so beobachtet man am häufigsten in den Extremitäten die charakteristischen Bewegungen; sind die Arme Sitz der Krankheit, so werden sie mehr oder weniger heftig, je nach der Intensität des Leidens, nach allen Richtungen hin bewegt, bald abduzirt, bald adduzirt, bald flektirt, bald extendirt. Die willkührlichen Bewegungen sind schwer oder gar nicht ausführbar, und nichts ist komi-

scher als die Drehungen der Kranken. Liegt der Kranke, so wird das Bein schnell von einer Seite zur anderen hin und her bewegt, will derselbe aber gehen, so nehmen diese Bewegungen an Stärke zu. Hat die Chorea der unteren Extremitäten ihren höchsten Grad erreicht, so kann das Kind sich nicht aufrecht halten, es wankt, und trotz den Bemühungen sich an den umgebenden Gegenständen festzuhalten, fällt es. Die choreaartigen Bewegungen der Gesichtsmuskeln kommen häufig vor. Ich erwähne nur im Vorübergehen, und ohne Gewicht darauf zu legen, die anderen Symptome, die die Chorea begleiten, wie die sehr gesteigerte Empfänglichkeit und den bedeutenden Eindruck, den äussere Einflüsse hervorbringen; eine Neigung, durch die geringste Kleinigkeit in Zorn zu gerathen. Die allgemeine Sensibilität und die Intelligenz sind oft alterirt. Wenn Rufz behauptet hat, niemals Kopfschmerz beobachtet zu haben, so hat er sich sicherlich getäuscht, denn die zu unserer Beobachtung gelangenden Fälle weisen dies Symptom täglich nach."

„Die intellektuellen Fähigkeiten behalten ihre normale Integrität bei, sobald die Krankheit noch nicht sehr lange gedauert hat; zieht sie sich aber sehr in die Länge, so beobachtet man eine Abnahme der Intelligenz, eine Gedächtnisschwäche, und selbst einen gewissen Grad von Dummheit und Idiotismus."

„Hat sich die Krankheit einmal eingestellt, so kann sie einen akuten oder chronischen Verlauf nehmen. Ist sie akut, so bleibt die Heftigkeit der Bewegungen selten auf derselben Stufe während des ganzen Verlaufs stehen, sie steigern sich bald, bald nehmen sie ab, und hören allmälig ganz auf. Die Dauer ist ungefähr sechs Wochen bis zwei Monate, wenn man ein energisches und passendes Heilverfahren in Gebrauch zieht. Zuweilen wird das Leiden chronisch und widersteht lange Zeit den angewandten Mitteln. Die Störungen der Motilität sind dann nicht so bedeutend, aber die Heilung wird immer schwieriger. Besonders in der chronischen Chorea zeigt sich jene Abnahme der Intelligenz, von der ich oben gesprochen habe. Fast immer ist dieselbe partiell, und auf eine Seite des Körpers beschränkt. Sie kann auftreten, ohne dass die akute vorangegangen ist. Die Ausgänge, die sie nehmen kann, sind verschieden. Sehr oft lässt sie eine sehr deutlich ausgesprochene nervöse Reizbarkeit zurück, krampfhafte Bewegungen der Gesichtsmuskeln, der Augen, Augenlider; immer muss man auf Rezidive gefasst sein, und auffallend ist es, dass dieselben im-

mer in derselben Jahreszeit eintreten, hauptsächlich während der grossen Hitze des Sommers."

„Der glücklichste und zu gleicher Zeit häufigste Ausgang der Chorea ist die vollständige Heilung; manchmal sah man Geistesstörungen, Hysterie, Epilepsie ihr folgen, und dann ist die Prognose sehr ungünstig. Eine genaue Nachforschung nach den Ursachen, die sie hervorrufen können, wäre sehr wünschenswerth. Zu den häufigsten gehören sicherlich lebhafte moralische Gemüthsaffekte, besonders sehr oft Schreck; ohne dass sie in den ersten Lebensjahren gänzlich unbekannt ist, kömmt sie doch häufiger zwischen dem sechsten und funfzehnten Jahre vor, als vor dem sechsten Jahre. Kann die Nachahmung zur Entstehung der Chorea Anlass geben? Dies ist eine Ansicht, die, nachdem sie lange in der Wissenschaft herrschend war, jetzt allgemein (?) verlassen worden."

„In Betreff der Behandlung, die ich nur kurz durchgehen will, muss ich bemerken, dass sie, obgleich sehr reich an Mitteln, doch sehr arm ist. Es giebt vielleicht kein Medikament, das nicht angewandt worden und erfolgreich gewesen wäre."

„Wie in den meisten Nervenaffektionen, scheinen Blutentziehungen, anstatt Besserung herbeizuführen, eher schädlich zu sein. Bäder, hauptsächlich mehr kalte, in die man den Kranken, ohne dass er etwas davon weiss, vollständig untertaucht, haben sich oft nützlich erwiesen. Kalte Uebergiessungen ziehe ich noch den Bädern vor."

„Die Antispasmodika, wie Moschus, Kampher, Valeriana, hat man der Reihe nach angewandt. Ich verordne oft, und mit Erfolg, die *Rad. Valerianae* in Pulverform, in einer dem Alter und der Konstitution des Kranken angemessenen Dosis, eben so mich nach der Intensität der Krankheit richtend. Das *Zinc. oxydatum album* ist in den letzten Jahren oft in Gebrauch gezogen worden; man behauptet, davon grossen Nutzen gesehen zu haben, doch darf man nach den wenigen bis jetzt beobachteten Fällen nicht so sicher darüber urtheilen."

„Die Narkotika unterstützen natürlich die Wirkung der Antispasmodika, und vielleicht muss man ihnen mehr Vertrauen schenken als den ersteren. Hauptsächlich ziehen Sie das Opium und die Belladonna in Gebrauch, denn ich habe von beiden, und besonders vom ersteren in seinen verschiedenen Präparaten einen günstigen Erfolg gesehen."

„Abführmittel sind von ausgezeichneten Aerzten empfohlen worden. Sydenham selbst liess seine Kranken Emetika und Emetiko-

Kathartika nehmen. Man hat seitdem die Beobachtung gemacht, dass Abführmittel, mit Antispasmodicis verbunden, eine oft kräftige und gewöhnlich erfolgreiche Behandlung abgeben. Zuletzt dürfen wir nicht die Tonika, China und hauptsächlich die Eisenpräparate vergessen, eben so wenig die Schwefelbäder, die von Baudelocque den einfachen Bädern vorgezogen werden, und sich nützlich zu erweisen scheinen."

(Kennt Jadelot die oft vortrefflichen Wirkungen des Arseniks in veralteter Chorea nicht? Red.)

B. *Hôpital des Enfans malades* in Paris (Klinik von Guersant dem Sohne).

Kopfwunde, die eine Meningitis, Encephalitis und eitrige Injektion des Blutes verursachte.

„Meine Herren! Am 26. August wurde der fünf Jahre alte L. ins Hospital aufgenommen. Zwei Tage vorher war er von einem Kabriolet-Pferde getreten worden, und das Rad ging ihm über den Kopf. Es wurde darauf keine energische Behandlung instituirt. Bei der Untersuchung zeigte sich eine grosse gequetschte Wunde auf dem linken Scheitelbeine, mit Loslösung der Hautbedeckungen in ziemlich grossem Umfange, ungefähr von der Breite der Hohlhand. Im Mittelpunkt dieser Wunde nimmt man eine runde Falte, ungefähr von der Grösse eines Fünffrankenstücks, wahr, wo der Knochen blossliegt. Von derselben gehen gleichsam zwei Einschnitte aus, der eine nach oben, der andere nach unten und etwas nach vorn; indess war diese Wunde mit keinen sowohl lokalen als allgemeinen Zufällen komplizirt, nur war der Kranke, der nicht merklich fieberte, immer trauriger, mürrischer und halbschlummersüchtig geworden. Die Wunde wurde zuerst einfach verbunden, dann mit aromatischem Wein, zuletzt mit Chlorsolutionen. Zugleich wurden auf den Darmkanal ableitende Mittel verordnet."

„Am 13. September war das Kind den ganzen Tag sehr missmüthig gewesen, die Schläfrigkeit hatte zugenommen, die Blässe war auffallender, die Wunde war trocken oder eiterte wenig, und war von bleicher Farbe, doch hatten sich noch keine merkbaren Frostanfälle eingestellt; die Haut war nicht gelb gefärbt; eben so wenig war in den Erscheinungen der Sensibilität oder Motilität etwas Auffallendes

heftig. Das Sehvermögen war ungetrübt; der Mund nach links verzogen; die Lähmung der rechten Seite dauerte fort; die Schwäche hatte sich gesteigert; die Wunde hatte dieselbe Beschaffenheit; der Puls schwach und frequent; die Haut kalt."

„Am 18ten war die Schwäche noch grösser; der Kranke war bei vollkommenem Bewusstsein, sprach aber gar nicht. Puls von 160 Schlägen."

„Am 19ten nahm die Schwäche immer mehr zu; die Respiration war behindert, und am Abend erfolgte der Tod."

„Ich theile Ihnen nun hier den Sektionsbericht mit: Das Schädelgewölbe zeigte an der Stelle, wo der Knochen entblösst lag, eine weisse opalartige Färbung, die ins Gelbliche spielte, von der Grösse eines Fünffrankenstücks. In einem grösseren Umfange, und besonders nach hinten, waren die Weichtheile mit dem Perikranium abgelöst. In der Nähe des Scheitels befanden sich zwei oder drei kleine Punkte, wo das Periosteum durch kleine Eiterheerde in die Höhe gehoben ist, unter diesen schien das Knochengewebe von normaler Beschaffenheit zu sein. Sowohl an der inneren wie an der äusseren Fläche zeigte sich keine Spur einer Fissur am Schädelgewölbe, auch war keine auffallende Ablösung der Duramater an der entblössten Stelle zu bemerken. Nach dem Einschneiden der Duramater floss eine grosse Menge eines guten Eiters, an einzelnen Stellen mit Flocken versehen, der in der Höhle der Arachnoidea der linken Seite angesammelt war, aus. Auf der inneren Fläche der Duramater waren in weiter Ausdehnung ziemlich dicke, dennoch wenig Widerstand leistende Pseudomembranen vorhanden, die man ziemlich leicht entfernen konnte. Die Arachnoidea, die das Gehirn überzieht, war ebenfalls mit Pseudomembranen bedeckt. Eiter trennte die beiden Blätter von einander, die Trübung erstreckte sich von dem vorderen Theile der oberen Fläche der linken Gehirnhemisphäre bis zu ihrem hinteren Ende, hörte aber ungefähr einen Zoll vor demselben auf; die untere Fläche war unverändert. Gleich beim ersten Anblick konnte man leicht bemerken, dass die linke Hemisphäre grösser war als die rechte, bei selbst oberflächlicher Untersuchung fühlte man eine Art von Fluktuation. Bei einem etwas starken Drucke floss durch eine kleine Oeffnung, die zum Theil durch eine Pseudomembran verstopft war, an der oberen Fläche des Gehirns und gerade unter der entblössten Stelle lag, eine gewisse Menge Eiter heraus. Die linke Hemisphäre, von vorn nach hinten durchschnitten, war fast gänzlich und nach aussen von dem Seitenventrikel der ande-

ren Seite in eine grosse mit Eiter angefüllte Höhle umgewandelt, der mit erweichter Gehirnsubstanz vermischt war. Der weissgelbliche Eiter hatte einen höchst fötiden Geruch. Nach oben und aussen war die Gehirnsubstanz bedeutend verdünnt, und schien an einzelnen Stellen nur durch die übriggebliebene Piamater gebildet zu sein. Die Seitenventrikel zeigten nichts Abnormes, mit Ausnahme einer kleinen, anscheinend pseudomembranösen Schicht im linken; sie enthielten keine Flüssigkeit. Die Wände des Eiterheerdes waren nicht genau begrenzt; die unverletzte Gehirnsubstanz zeigte an einzelnen Stellen eine weissliche Färbung, während sie an anderen deutlich punktirt war."

„Die anderen Theile des Gehirns waren normal. Die Pleurasäcke enthielten eine geringe Menge sanguinolenter Flüssigkeit; an der Basis beider Lungen fanden sich tuberkulöse Abszesse, von denen die grössten den Umfang einer Nuss hatten. Hier und da war Engouement vorhanden, das nicht bis zur Hepatisation vorgeschritten war, weil Stücke der Lunge ins Wasser geworfen, auf demselben schwammen. Die Leber enthielt nahe an der Oberfläche einen kleinen metastatischen Abszess. Im Tarsalgelenk war Eiter angesammelt, sonst aber nirgends. Das Blut war im Allgemeinen dünnflüssig. In den *Venae diploïcae* konnte ich keine Spur einer eitrigen Flüssigkeit auffinden."

C. Klinik für Augenkrankheiten (unter Leitung des Dr. Desmarres).

Unvollkommene Lähmung beider *N. oculomotorii.*

Marie H., 6½ Jahre alt, früher immer gesund, wurde am 11. November 1842 nach der Klinik des Dr. Desmarres gebracht.

Die Mutter erzählt, dass das Mädchen von sehr aufgewecktem Geiste, sehr lebhaft ist, seit einiger Zeit aber an Kopfschmerzen leidet. Von Zeit zu Zeit klagt sie über Schmerzen in der Herzgegend. Jeden Winter war sie mit einem Kopfausschlage behaftet. Vor vier Wochen bemerkte die Mutter eine Geschwulst der Augenlider ohne Röthe. Dieselbe verschwand allmälig im Anfange der dritten Woche, und anstatt ihrer stellte sich Schielen und Ptosis der oberen Augenlider ein, die seitdem immer mehr zugenommen hat.

Das linke Auge ist nach aussen gewandt, nicht geröthet. Die Bewegungen nach oben, unten und innen geschehen ohne Hinderniss,

wenn man das Kind dazu auffordert, gehen aber sonst unter dem Einflusse des Willens gar nicht von Statten, oder sind nur sehr beschränkt. Die Pupille ist beweglich, das Sehvermögen nicht gestört, das obere Augenlid ist ein wenig unter den transversalen Durchmesser des Auges herabgesunken, und wird durch den Willenseinfluss in die Höhe gehoben. Dieses Auge erkrankte zuerst.

Die Kranke sieht nur mit dem rechten Auge; der Augapfel ist gesund, seine Bewegungen nach innen sind unvollkommen; er ist etwas nach aussen gerichtet, wenn man das Kind, in dem Augenblicke, wo es sich unbemerkt glaubt, beobachtet. Um einen Gegenstand anzublicken, hält die Kranke den Kopf schief nach links und sieht nach rechts. Auch die Bewegungen nach unten sind erschwert, eben so die nach oben. Die Pupille ist träge und weiter als die der anderen Seite, ohne dass indessen Mydriasis vorhanden ist. Das Kind sieht alle Gegenstände doppelt. Das obere Augenlid ist etwas mehr gesenkt, als das der linken Seite. Die Augenbrauen werden durch den *M. occipito-frontalis* gegen die Stirn zurückgezogen, und der Kopf etwas nach hinten geneigt, wenn das Kind sehen will. Alle anderen Funktionen bieten keine Störungen dar; die Kranke klagt nur über Kopfschmerzen. — Es werden 8 Blutegel am After applizirt, innerlich Kalomel verordnet, Fussbäder mit Salz, antiphlogistische Diät.

Am 14ten kann sie das Augenlid leichter in die Höhe heben, die Bewegungen des Augapfels gehen aber noch sehr unvollkommen von Statten. Kopfschmerzen sind nicht mehr vorhanden.

Am 16ten hebt die Kranke die Augenlider mit grosser Leichtigkeit in die Höhe, und fast beide gleich gut. Das rechte Auge kann etwas nach innen bewegt werden; das linke ist noch immer vollständig nach aussen gekehrt, und stellt sich nur nach grossen Anstrengungen der Kranken gerade. Lässt man dieselbe nach rechts blicken, so sieht sie sogleich alle Gegenstände doppelt, doch in Folge bedeutender Anstrengungen wendet sich der linke Augapfel nach und nach in sukzessiven Erschütterungen von links nach rechts, bis er gerade steht, dann werden die Gegenstände einfach gesehen. Unmittelbar, nachdem der Willenseinfluss aufgehört, nimmt das Auge sehr schnell seine Richtung nach aussen wieder an, und das obere Augenlid sinkt vor demselben herab. Schliesst man das rechte Auge mit der Hand, so kann sie das linke sogleich nach allen Richtungen bewegen; es verlässt aber, wenn man die Hand entfernt, unmittelbar darauf die gerade Stellung. Schliesst man hingegen einen Augenblick das linke Auge und erhebt

das Augenlid des rechten, so bleibt dies dennoch nach aussen gerichtet. Das Kind sieht gleich gut mit beiden Augen. — Es werden zwei fliegende Vesikatore vom Durchmesser eines Franks auf die Stirn und die Schläfen gelegt, indem man besonders die Stelle, wo der *N. frontalis* heraustritt, wählte. Dieselben bleiben nur drei Tage liegen. Die Kranke soll das rechte Auge fünf- bis sechsmal täglich eine halbe Stunde hindurch schliessen.

Am 26sten geht es mit der Kranken bedeutend besser; sie schielt nicht mehr und sieht einfach. Das rechte Auge ist immer in seinen Bewegungen nach innen und unten behindert. Sie sieht nur doppelt, wenn sie nach unten blickt. — Die Vesikatore sind fortzulassen, und das Verbinden der Augen soll eingestellt werden. Einreibungen mit dem *Liniment. ammoniat.* in die Stirn und Schläfen.

Am 10. Dezember ist das Mädchen vollständig hergestellt, leidet nicht mehr an Diplopie und kann die Augen nach allen Richtungen hin bewegen. Das Sehvermögen hat nicht abgenommen.

Dr. Desmarres bemerkte Folgendes über diesen Fall:

„Die Diagnose der unvollkommenen Lähmung der *N. oculomotorii* war in Folge der Aussagen der Mutter und der Beobachtung des Kindes nicht schwer. Der Ptosis der oberen Augenlider, die einem beim ersten Anblick besonders auffiel, konnten auch andere Ursachen zu Grunde liegen. So sieht man oft, dass sie das Resultat mechanischer Ursachen ist, wie der unvollkommenen Entwickelung oder des Mangels des *M. levator palpebrae superioris*, des Schwindens des *Panniculus adiposus*, der Hypertrophie des Zellgewebes, die gleichsam ein doppeltes Augenlid bildet, der Erschlaffung der Gewebe durch häufige Applikation emollirender Mittel u. s. w. In allen diesen Fällen aber zeigen sich verschiedene Strukturveränderungen an den Augenlidern. So ist beim Schwinden des Zellgewebes die Haut welk, hängt schlaff herab, zeigt zahlreiche transverselle Falten, die Bedeckungen fallen nach vorn, bilden eine Art Tasche; wenn der Arzt eine Längsfalte macht, indem er die Haut mit den Fingern oder einer Pinzette ergreift, um sie von einem grossen Theil ihres Gewichts zu befreien, so erhebt sich das Augenlid sogleich. In der Hypertrophie des submukösen Zellgewebes hingegen sind die Längsfalten nicht mehr vorhanden, die Haut drückt auf den Tarsalknorpel, der vor die Pupille herabsinkt."

„In anderen Fällen, wie nach der Entzündung des Augenlides oder manchen katarrhalischen Augenentzündungen und Blennorrhoeen,

sieht man die Augenlider nicht selten hypertrophisch werden; sie verdicken sich dann bedeutend, ihre Farbe ist bläulich, sie sind von rothen sehr entwickelten Gefässen durchzogen; die Tarsalknorpel sind bisweilen nach allen Richtungen hin vergrössert, wie es Rosas und ich beobachtet haben. Der Kranke kann das Auge nur 2 bis 3 Millimeter weit öffnen; der Arzt selbst findet Schwierigkeiten, wenn er das Augenlid in die Höhe heben will, dasselbe dreht sich nach aussen herum, wo man dann sehr entwickelte Granulationen auf ihm entdeckt, und sieht, dass die Verdickung einen sehr beträchtlichen Grad erreicht hat. Was die Atonie des *M. levator palpebrae superioris*, sein gänzlicher oder partieller Mangel, den Dr. Caffe beobachtet hat, oder die Lähmung dieses Muskels in Folge von Rheumatismus anbelangt, so sind sie hier noch nicht vorgekommen. Die Atonie ist bei Kindern eine seltene Erscheinung; bei alten Leuten hingegen beobachtet man sie sehr oft; so ist eine grosse Menge von Ektropien, die die Schriftsteller mit dem Namen *senilia* belegt haben, nichts Anderes als eine Atonie der von den Augenlidrändern am entferntesten gelegenen Muskelbündel, wie ich es genügend bewiesen habe; indem hier die Muskelfasern der Ränder allein wirken, erzeugen sie eine Umkehrung der Augenlider, wie uns die Anatomie dieser Theile gelehrt hat. Diese Krankheit entwickelt sich allmälig und in den meisten Fällen nur auf einer Seite, ohne im geringsten mit einer Krankheit des Gehirns im Zusammenhang zu stehen. Nichts Aehnliches fand bei unserer Kranken statt. Der Rheumatismus beginnt plötzlich, und ist gewöhnlich sehr selten bei Kindern; es ist unmöglich anzunehmen, dass er hier eingewirkt habe."

„Nachdem wir alle die lokalen Ursachen durchgenommen haben, die die Diagnose erschweren konnten, bleibt uns noch übrig, einige Leiden des Gehirns, die die Krankheit hervorrufen könnten, in Betracht zu ziehen. Sie sind zahlreich; zu ihnen gehören Tuberkeln, skrophulöse Knochenanschwellungen, Geschwülste verschiedener Art u. s. w.; doch in diesen Fällen musste der Kranke schon seit langer Zeit Symptome jener Affektionen dargeboten, und dieselben sich progressiv entwickelt haben, wie wir es bei einem anderen kleinen Mädchen, das heute nach der Klinik kam, beobachteten, wo zum Schwindel und anderen nervösen Zufällen eine Lähmung des *N. abducens* hinzugetreten ist, die bis jetzt den energischsten rationell angewandten Mitteln getrotzt hat, und die jetzt, ohne dass wir darüber in Staunen gerathen, von einer vollkommenen Lähmung des *N. oculomotorius*

genaxen stellt sich übrigens auch nach anderen Affektionen als nach der Lähmung des *N. oculomotorius* ein und kann auf dieselbe Weise, nämlich durch eine orthophthalmische Behandlung, die mit Beharrlichkeit und auf passende Weise geleitet wird, beseitigt werden. Ich habe eine grosse Zahl mit Strabismus behafteter Kinder, wo in Folge einer Augenentzündung eine leichte Trübung auf der Hornhaut zurückgeblieben war, von dieser Schiefstellung des Augapfels geheilt, durch gleichzeitige Thätigkeit des kranken Auges, wohl verstanden, wenn die Hauptursache auf passende Weise beseitigt war. In Folge dieser Behandlung hörte auch die Diplopie auf, die von der Divergenz der Sehaxen abhängig ist. Dieser doppelte Zweck wurde hier vollständig erreicht, und das Kind sieht nun mit beiden Augen sehr gut."

IV. Das Wissenswertheste aus den neuesten Zeitschriften und Werken.

1. Behandlung der Pneumonie bei Kindern.

Wir theilen hier aus dem *Journal de médecine* einige praktische Bemerkungen Trousseau's über die Behandlung der Pneumonie bei Kindern mit. Dieser Aufsatz ist ein Auszug aus einem noch nicht veröffentlichten Werke, das Trousseau in lateinischer Sprache unter dem Titel: „*Epitome de morbis infantum*" herauszugeben gedenkt.

Die Kur der Pneumonie der Kinder, sagt Trousseau, besteht aus Blutentleerungen, ausleerenden Mitteln, Revulsivis, Antimonialien und strenger Diät.

Die Blutentleerungen nehmen einen wichtigen Platz in der Behandlung der akuten Pneumonie ein. Sie sind eben so gut bei Kindern an der Brust, wie bei denen, die sich der Pubertät nähern, angezeigt. Ich verordne den Aderlass, selbst bei Kindern von drei Monaten, und er leistet mir ungeheure Dienste; ich lasse ihn sogar wiederholen, wenn es nöthig ist. Wenn das Fett unter der Haut es nicht möglich macht, die Venen zu sehen oder zu fühlen, so lasse ich an die Knieen oder Knöchel einen oder mehrere Blutegel auf jeder Seite setzen und die kleinen Wunden eine längere Zeit hindurch, je

nach den Kräften des Individuums und der Menge des ausfliessenden Bluts, nachbluten. Ich bediene mich der Schröpfköpfe, wegen der Schmerzen, die sie verursachen, nicht. Bei sehr jungen Kindern setze ich die Blutegel niemals auf die Brust, weil es oft schwer ist, den Blutfluss zu stillen. Die Blutentleerungen sind nur in der einfachen Pneumonie, die die Kinder im besten Wohlsein oder im Laufe einer akuten Krankheit befällt, die keinen septischen oder augenscheinlich asthenischen Charakter hat, anwendbar.

Der *Tartarus stibiatus,* die Ipekakuanha, in brechenerregender Dosis gegeben, ein- oder zweimal täglich, während des akuten Stadiums, unterstützen auf bewunderungswürdige Weise die Blutentziehungen und scheinen auf dieselbe Weise wie jene zu wirken, sowohl durch Beruhigung des Nervensystems, als auch durch die Ausleerungen, die sie hervorrufen. Gleichwohl haben die Purgirmittel, obschon sie eine viel reichlichere Sekretion im Darmkanal erzeugen, als die Brechmittel, nur einen sehr unbedeutenden Erfolg.

Der *Tartarus stibiatus,* der Kermes, nach der Rasori'schen Methode, das *Antimonium oxydatum album,* sind unstreitig von herrlicher Wirkung; sie nehmen dennoch nur die Stelle hinter dem Brechmittel ein. Wenn der Aderlass nur in den akuten und einfachen Pneumonieen anzurathen ist, so finden die Brechmittel und Antimonialien in allen Formen der Krankheit ihre Anwendung.

Aber das mächtigste Mittel, das ich allen anderen vorziehe, in allen Stadien der Krankheit, ist das fliegende Vesikator, das im Rücken applizirt, von sehr grossem Umfange sein muss. Dies Mittel, gleich im Beginn angewandt, kann in einigen glücklichen, aber unglücklicher Weise seltenen Fällen, die Krankheit in ihrem Entstehen heben. Nach einigen Tagen, wenn die Epidermis sich wieder erzeugt hat, und die Pneumonie noch nicht zur Zertheilung tendirt, muss man es auf dieselbe Weise und mit derselben Energie wiederholen.

Der Moschus, die Valeriana, sind indizirt, wenn nervöse Zufälle von einer gewissen Heftigkeit die Pneumonie kompliziren.

Ueber die Diät, die in allen akuten Krankheiten sich gleich bleibt, habe ich nichts hinzuzufügen.

Es ist von wesentlichem Nutzen, kleine mit Pneumonie behaftete Kinder oft herum zu tragen und ihre Lage im Bette zu verändern; diese Vorsicht ist um so nothwendiger, je jünger die Kinder sind. Vier- oder fünfjährige Kinder wechseln aus eigenem Antriebe ihre Lage. Ist aber die Entzündung von Stupor begleitet, oder mit einer

septischen Krankheit komplizirt, so gilt die gegebene Vorschrift für jedes Alter.

---

2. Applikation des Vesikatoriums auf den Kopf in der akuten Gehirnentzündung.

Dr. Thérion hat im *Journal de Médecine de Bruxelles* eine Beobachtnng von sehr heftiger Meningo-Encephalitis veröffentlicht, die der Applikation eines Blasenpflasters auf den Kopf gewichen zu sein scheint. Ein kleines Mädchen von 7½ Jahren, mit sehr entwikkelten Geistesanlagen, wurde plötzlich von Frost, Fieber, Erbrechen, Kopfschmerz, und allen Symptomen, die die Entwickelung der Meningitis verkündigen, befallen. Dr. Thérion wandte alle zu Gebote stehenden kräftigen Mittel an. Er setzte Blutegel an die Schläfen und an das Epigastrium, liess die Haare abscheeren und eine Blase mit Eis auf den Kopf legen; ausleerende Klystiere, Vesikatore auf die unteren Extremitäten wurden nicht geschont, und doch bot die Kranke trotz aller dieser in Gebrauch gezogenen Mittel, wiewohl einige Tage hindurch ihr Zustand befriedigender zu sein schien, bald höchst beunruhigende Symptome dar.

Am siebenten Tage ihrer Krankheit trat vollständige Bewusstlosigkeit ein; die Respiration war erschwert und rasselnd; Zähneknirschen folgte schnell; das Kind war mit kaltem Schweiss bedeckt, die Augen in konvulsivischer Bewegung, der Puls fadenförmig und sehr frequent. Dr. Th. verordnete dann ein Blasenpflaster in Form einer Mütze über das ganze Schädelgewölbe.

Am nächsten Tage war Besserung wahrzunehmen; das Bewusstsein stellte sich allmälig wieder ein, an die Stelle der Konvulsionen trat ein Zittern; der Puls hob sich, und die Deglutition ging leicht von Statten. Man liess das Vesikatorium eitern, und nach Verlauf weniger Tage war die kleine Kranke ausser Gefahr. Bald darauf war sie gänzlich hergestellt.

Der Verf. gesteht offen, dass das Vesikatorium in der Encephalitis von Nutzen ist, aber auch oft fehlschlägt. Er stellt einige Betrachtungen an über die Schwierigkeit, den zweckmässigen Augenblick, wo die Applikation geschehen muss, ausfindig zu machen, und schliesst mit der Empfehlung, dasselbe so früh als möglich zu legen, wenn man ein *günstiges Resultat erzielen* will. Diese Vorschrift widerspricht der

rationellen Heilmethode. Das Blasenpflaster darf erst sehr spät angewandt werden, und gerade zu der Zeit, wo Dr. Th. seine Anwendung in der mitgetheilten Beobachtung für zweckmässig gehalten hat.

Von allen Heilmethoden ist diejenige, die darin besteht, nach der Haut eine starke Ableitung hervorzurufen, unstreitig am schwierigsten richtig zu leiten. Nur der scharfblickende Praktiker erkennt den günstigen Augenblick, und zwanzigjährige Erfahrung genügt nicht immer zur Vermeidung unangenehmer Missgriffe.

Jeder kennt die mächtigen Wirkungen des Blasenpflasters in der Pleuritis. Es ist ein wahrhaft heroisches Mittel, das einigermaassen eine wichtige Affektion in vierundzwanzig Stunden heilt, aber man muss es zur gehörigen Zeit anzuwenden wissen. Zu früh gebraucht regt es den Organismus auf, facht die fieberhaften Bewegungen wieder an und verschlimmert alle Zufälle. Zu spät hat es keine merkliche Wirkung mehr und erzeugt nur Schmerz. Man hat die allgemeine Regel gegeben, man müsse den Augenblick wählen, wo hinreichend Blut entzogen worden sei, und in der That darf man nur um diese Zeit auf die Wirkung des Blasenpflasters rechnen. Aber wenn *Blut* in hinreichender Menge entzogen worden? Dies ist nicht leicht ausfindig zu machen; in der Entzündung der Respirationsorgane hat man sich nach dem Zustande des Pulses und der Auskultation zu richten, die uns mit grosser Genauigkeit über den Gang der Krankheit Auskunft geben; nicht so in der Meningitis, wo die Zirkulation so oft trügt, wo die Kräfte nur unterdrückt sein können, aber nicht geschwächt sind, und wo man kein Mittel besitzt, um auf positive Weise die störenden Einflüsse der Entzündung zu erkennen.

Der günstige Augenblick für die Applikation des Blasenpflasters in der Gehirnentzündung ist mithin schwerer festzustellen, als in der der Respirationsorgane. In allen Fällen darf sie nicht so früh als möglich angestellt werden; erst beim Uebergang des zweiten in das dritte Stadium, wenn die Antiphlogistika nicht mehr anwendbar sind, wenn die Kranken, wie im obigen Falle, sich in einem sehr schlimmen Zustande befinden, kann eine kräftige Ableitung, die den ganzen behaarten Theil des Kopfes einnimmt, unsere Hoffnung noch rege erhalten. Es ist weniger Gefahr drohend, sie zu spät als zu früh in Gebrauch zu ziehen, indessen muss man sich hüten, sich eines schätzbaren Mittels zu berauben, das noch einigermaassen unser *Nothanker* ist.

Das angeführte Beispiel ist ein Beweis mehr, was man in einem

so wichtigen Falle von diesem kräftigen Ableitungsmittel zu erwarten hat.

---

3. Ueber diffuse Entzündung bei Exanthemen, mit Fällen, wo das Vakzine-Bläschen davon ergriffen wurde, von Dr. Osbrey.

Eine milde Form von Ophthalmie im Scharlach, die eigentlich nichts mehr als eine Kongestion ist und bei skrophulösen Subjekten, wenn die Krankheit im Abnehmen begriffen ist, die Form der skrophulösen Augenentzündung annimmt, ist von den Schriftstellern, die über Augenkrankheiten schrieben, aufgeführt worden; doch haben dieselben, so sehr ich darauf achtete, der destruktiven Ophthalmie, die in dieser Krankheit auftritt, nicht Erwähnung gethan.

Dr. Mackenzie hat in dem interessanten Artikel über Venenentzündung des Auges in seinem Werke über Augenkrankheiten einen Fall mit der Ueberschrift „Skarlatina, *Phlegmasia dolens*, Typhusfieber, Phlebitis der Augenvenen und Tod" beschrieben; man wird indessen beim Durchgehen dieses Falles finden, dass der Zerstörung des Auges ein Anfall von ächtem Typhus vorherging. Der von mir beobachtete Fall ist, meiner Meinung nach, von derselben Art, wie der von Mackenzie veröffentlichte, und dient als Beispiel der Venenentzündung am Auge. Hoffentlich werden Dr. G. Gregory und andere ihm gleichstehende Aerzte, die viel Gelegenheit haben, Erfahrungen zu sammeln, wenn ihnen eine destruktive Entzündung, bei anderen Exanthemen ausser der Variola vorkommen sollte, eine ausführliche Beschreibung ihrer Natur geben. Seitdem Dr. Graves sein Werk veröffentlicht hat, soll ein Fall in einem der grossen Hospitäler Dublins vorgekommen sein, wo beide Augen während eines Anfalls von Scharlach verloren gingen, doch war ich nicht im Stande, mir die Einzelnheiten desselben zu verschaffen.

Ich nehme die Gelegenheit wahr, hier noch zwei Fälle von bösartiger Entzündung bei Exanthemen mitzutheilen, wo sich nämlich sehr beunruhigende Symptome während des Verlaufs der Kuhpocken einstellten, so dass ich, mit den Ansichten Jenner's, Barrow's und Ceely's übereinstimmend, dieselben nun für eine exanthematische Krankheit halten muss, indem Dr. Ceely, fast ohne dass ein Zweifel stattfinden kann, bewiesen hat, dass sie eine Modifikation der Variola sind. Dr. Labatt erwähnt in seinem Werke über Vakzination, dass

fähr um den zwölften Tag nach der Vakzination stellte sich heftige Entzündung von antiskrophulösem Charakter am Arme ein, indem das Vakzine-Bläschen, so weit man der Aussage der Eltern Glauben schenken konnte, bis zu diesem Tage regelmässig verlaufen war. Ich sah das Kind am sechszehnten Tage. Ein schwarzer Schorf, so gross wie ein Schilling, war anstatt der Bläschen vorhanden; die ganze Extremität war ungeheuer geschwollen; die Haut des Oberarms zeigte eine erysipelatöse Röthe und die Theile in unmittelbarer Nähe des Schorfes waren von livider Färbung. Das begleitende Fieber war entzündlicher Natur, indem die Haut heiss, die Zunge belegt, der Puls schnell und voll und der Durst heftig war. Ehe dies Fieber durch kühlende und alterirende Mittel bewältigt und die lokale Entzündung durch Applikation von Kataplasmen und Fomentationen gehoben war, breitete sich der Brand auf höchst beunruhigende Weise schnell aus. Nachdem die Schorfe sich losgelöst hatten, indem dem Brande durch die vorhergehende Behandlung Einhalt gethan worden, blieb ein grosses und tiefes Geschwür mit unterminirten Rändern zurück, in dessen Grunde man deutlich die Armmuskeln unterscheiden konnte. Das Geschwür war so gross, dass es erst nach drei Monaten heilte, obgleich der Fall höchst günstig in jeder Hinsicht verlief.

Das Kind war, wie man mir berichtet hatte, bis zur Zeit, wo es vakzinirt worden, vollkommen gesund gewesen, und ich sah zwei andere Kinder, die nach Aussage der Eltern mit demselben Stoffe geimpft worden, bei denen das Vakzine-Bläschen regelmässig verlief. Dr. Francis Battersby, einer der Aerzte am Pitt-street-Krankenhause für Kinderkrankheiten, beobachtete diese Fälle mit mir. Den zweiten Fall sah auch Dr. Dwyer, gleichfalls Arzt an jener Anstalt.

Es ist offenbar, dass, wenn die Angaben, die ich erhielt, ihre Richtigkeit hatten, die bösartige Entzündung nicht durch die Einimpfung einer schlechten Lymphe hervorgebracht worden war, da andere Kinder mit derselben Lymphe ohne irgend nachtheilige Folgen vakzinirt worden; auch die Zeit, zu welcher die Entzündung eintrat, streitet gegen eine solche Annahme. Dr. Dwyer und Dr. Battersby waren mit mir der Ansicht, dass die äusserst heftige Entzündung am Arme durch einen besonderen Zustand der Konstitution oder durch irgend eine lokale Reizung entstanden sein müsste. Das Fieber und die Symptome, die im ersten Falle vorhanden waren, gleichen ganz genau den in Dr. Graves' Werke beschriebenen, die eine der bösartigen Formen des Scharlachs begleitete, von mir sekundäre Pocken, von

hat. Es schlägt sie zu Boden, koagulirt sie und ändert sie in andere Substanzen um. Aeussert aber das Tannin dieselbe Eigenschaft auf lebende Gewebe? Das ist schwer zu beweisen. Alles, was man weiss, ist, dass das Tannin ein starkes Adstringens ist, und in dieser Hinsicht hat Dr. Mignot in den folgenden Fällen einen Versuch damit gemacht.

Ein drei Jahre altes Kind litt seit einigen Tagen an einem trocknen Husten und klagte über Halsschmerzen. Als M. in der Nacht eiligst zu der kleinen Kranken gerufen wurde, fand er folgenden Zustand vor: pfeifender, rauher Husten, mit einem Tone, der dem durch einen Stoss an einen metallischen Körper hervorgebrachten ähnlich ist; sonore unterbrochene Respiration, die Luft dringt schwer ein, wie durch eine verengte Röhre; heftiger Schmerz im Larynx, Anschwellung des Halses; fast ganz aufgehobene Deglutition; von Zeit zu Zeit Erstikkungsanfälle; das Gesicht aufgedunsen, Lippen livide und geschwollen, Augen roth, thränend, von einem lividen Ringe umgeben; kalter Schweiss bedeckt das Gesicht; der Puls macht 100 Schläge; grosse Unruhe.

An diesen furchtbaren Symptomen erkannte M. eine *Laryngitis membranacea* im zweiten Stadium und verordnete ein kräftiges Heilverfahren. Sechs Blutegel wurden am unteren Theil des Larynx applizirt; eine kräftige Ableitung nach den unteren Extremitäten konstituirt und der *Tart. stib.* in grossen Dosen verordnet. Mehrmaliges Erbrechen schleimiger Massen und ein reichlicher Schweiss schienen eine Remission in den Symptomen herbeizuführen. Man benutzte dieselbe zur Anwendung von Klystieren mit Chinin. Aber am nächsten Tage Abends zeugten alle Erscheinungen von einer grösseren Intensität und kündigten den Beginn der Asphyxie an. Der Husten ist pfeifend, die Stimme erloschen, die Prostration allgemein.

Kalomel und Magnesia āā gr. j, alle zwei Stunden; *Syr. Ipecacuanhae*, *Empl. Picis Burgundicae* mit gr. v *Tart. stibiat.* bestreut, werden verordnet.

Am nächsten Morgen hatte die kleine Kranke membranartige Stücke ausgehustet, worauf sogleich Erleichterung eintrat. Diese Besserung sollte aber nicht von langer Dauer sein, denn schon am Abend trat das Uebel wieder mit in Verzweiflung setzender Intensität auf. Der Tod stand bevor, und das rationelle Heilverfahren zeigte sich unwirksam. M. suchte nach einem Mittel, welches den Zustand der Krankheit umändern könnte. Die Eltern wollten die Ausführung der Tracheotomie nicht zugeben, und die Auflösung des *Argentum nitricum* liess sich bei einem so jungen Kinde nicht anwenden. Vielleicht

1. Applikation eines *Emplastr. Picis Burgundicae* zwischen den Schulterblättern, mit gr. vj *Tart. stibiat.* bestreut.

2. Darreichung folgender Mixtur, stündlich ein Kinderlöffel:

℞ *Syr. Chinae,*
— *flor. Aurantior.* ãã ℥ij.
M.

3. Einblasen einer Dosis Tanin in den Hals, alle Stunden, nach der oben angegebenen Vorschrift.

Bei der zweiten Dosis, und ehe folglich die China und der *Tart. stibiat.* die geringste Wirkung hervorgebracht haben konnten, zeigte sich eine Besserung, die anhielt und immer mehr zunahm. Der Husten wurde feucht, war nicht so häufig; das Kind warf Stücke plastischer Lymphe, dem Eiweiss ähnlich, aus, was besonders nach dem Einblasen des Tannins erfolgte. Das Mittel wurde am zweiten Tage ausgesetzt. Am dritten trat der kleine Kranke in das Konvaleszenz-Stadium, und als M. diesen Aufsatz schrieb, war er vollkommen hergestellt.

Es frägt sich nur, ob hier ein wirklicher Krup stattgefunden hat, da die Heilung desselben höchst selten gelingt, und viele von den Schriftstellern erzählte Fälle an dem Vorhandensein eines ächten Krup zweifeln lassen. Ferner, hat das Tannin die Kranken geheilt? Nach Dr. Mignot's Angabe boten beide Fälle alle charakteristischen Symptome des Krups dar, und wir müssen ihm also Glauben schenken. Das Tannin wirkte hier als reizendes Mittel, und in sofern kann zu einem Versuche mit demselben nur aufgefordert werden, da man im Krup, wenn die antiphlogistische Methode im Stich gelassen, nur von der reizenden Behandlung etwas erwarten kann, die von den Aerzten entweder ganz vernachlässigt, oder zu spät in Gebrauch gezogen wird.

---

5. Pseudo-Rubeola.

In der *Medical Gazette* macht Dr. Mayo auf folgende Fälle aufmerksam:

Die Annahme, dass die Masern bisweilen mehr als einmal ein und dasselbe Individuum befallen, verdankt ihr Entstehen vielleicht dem gelegentlichen Auftreten einer Pseudo-Rubeola, die für die Morbilli gehalten wird.

Es unterliegt keinem Zweifel, dass man diesen Irrthum vermeiden müsse; aber ausserdem, *nicht* allein, dass man aus diesem Grunde auch der

Am 23sten. Kalomel gr. β, *Pulv. Ipecac. comp.* gr. ij, alle 8 Stunden.

Am 24sten werden 4 Blutegel applizirt. Die obigen Pulver werden ausgesetzt, weil sie die Zunge trocken machen. — *Mixtur. antimonial.* ℥iij, alle 6 Stunden.

Am 28sten werden die Blutegel wiederholt, und ein Vesikatorium zwischen die Schulterblätter gelegt.

Am 30sten. Kalomel gr. ij, *Fol. Conii* gr. j, alle 8 Stunden bis zum 3. November, wo, was bei einem so jungen Individuum merkwürdig ist, Salivation sich einstellte. Die Applikation der Blutegel hatte immer eine Abnahme der Dyspnoe zur Folge, die in sehr hohem Grade vorhanden war. Die Sputa, die der Kranke leicht auswarf, waren nicht zäh, schleimig-purulent, mit etwas Blut vermischt. Die Stuhlausleerungen wurden durch *Ol. Ricini* befördert.

Am 31sten befand er sich viel besser. Die Sputa waren nicht mit Blutstreifen versehen, das Respirationsgeräusch konnte in dem affizirten Theile der Lunge deutlicher gehört werden, aber mit etwas Rasseln verbunden. Diese Besserung begann mit der Salivation. Es war auffallend, dass die Hitze an der hinteren Fläche des Thorax, die unangenehm stechend für das Gefühl war, sich bedeutend vermindert hatte.

Die Besserung nahm bis zum 2. November zu, doch war der Husten häufiger. An diesem Tage zeigte sich grosse Angst im Gesicht, und die Dyspnoe stellte sich wieder ein. Es wurde ihm die *Mixtur. antimonial.* bis zum Erbrechen gegeben. Die Salivation dauert noch fort, obgleich in mässigem Grade.

Am 3ten kam ein rubeolaartiger Ausschlag auf den Armen und der Brust hervor, der 24 Stunden stand. Das Athmen ist geräuschvoll, Blutstreifen befinden sich wieder in den Sputis. — Ein *Empl. Cantharid.* wird auf das Epigastrium gelegt.

Bis zum 7ten dauerte dieser Zustand an. Der Darmkanal wurde durch *Ol. Ricini* offen erhalten, und *Morphium muriat.* gr. ¼ wurde mit einer geringen Abnahme der Dyspnoe zweimal täglich zwei Tage lang gegeben.

In der Nacht vom 7ten auf den 8ten trat heftiges Zähneknirschen ein; am 8ten liess er nur wenig Urin. Er gab keine Antworten mehr; Hinneigung zur Orthopnoe, Sputa werden leicht ausgeworfen, enthalten kein Blut. Er schreit sehr viel, die Hände sind kontrahirt, und die Daumen in die Hand eingeschlagen. Diese Symptome von

Gehirnstörung dauerten fort, und der Kranke starb am Morgen des 10ten.

Vom 2. November an, bis die Gehirnsymptome sich einstellten, also bis zum 7ten, waren die Stirn und die Wangen sehr geröthet.

Sektion. Das Gehirn und seine Membranen im normalen Zustande, oder nur wenig injizirt. Die linke Lunge gesund, mit Ausnahme einiger miliären oder granulösen Tuberkeln im oberen Theile. Die rechte Lunge war auffallend mehr in vertikaler Richtung getheilt, und in zwei Lappen, die mit einander zusammenhingen, geschieden. Im mittleren und oberen Theile befand sich eine grosse Tuberkelmasse, theilweise erweicht; an der hinteren Fläche war eine Eiter enthaltende Höhle; die Lungensubstanz rund herum um die Tuberkelmasse war mit Blut überfüllt. Die Mesenterialdrüsen waren tuberkulös und sehr vergrössert. Die Gehirnsymptome waren in diesem Falle ganz deutlich von den Brustaffektionen abhängig.

Emma S., 4 Jahre alt, kam am 10. November 1841 in das Krankenhaus mit Anschwellung der Submaxillardrüsen. Am 12ten erschien ein Ausschlag, der alle Charaktere der Masern darbot, mit Koryza, dauerte aber nur 24 Stunden, obwohl man sich bemühte, ihn durch Sinapismen wieder hervorzurufen. In der Konvaleszenz fand nur Missmuth statt, doch weder Husten noch Dyspnoe. Am 23sten wurde ich wegen ihres fieberhaften Aussehens auf sie aufmerksam, und weil man mich benachrichtigte, sie wolle keine Nahrung zu sich nehmen. Ihre Haut war heiss, der Leib durch Gase ausgedehnt und empfindlich, die Zunge in der Mitte rein und trocken, Stuhlgang regelmässig, Urin in hinreichender Menge gelassen, Puls frequent. Von dieser Zeit an bis zum Ende der Krankheit wurde der Thorax oft untersucht, ohne dass sich ein krankhafter Zustand zeigte, mit Ausnahme einer starken Resonanz der Stimme und hin und wieder eines unvollkommenen vesikulären Athmungsgeräusches. Ihre Unruhe, mit den obigen Symptomen verbunden, lenkte meine Aufmerksamkeit auf den Unterleib; denn es war keine Neigung zum Koma, kein Aufschreien, kein Kopfschmerz vorhanden, wenn man sie danach fragte. Ungefähr zwei Tage vor ihrem Tode, der am 23sten erfolgte, wurde Zähneknirschen beobachtet; die Wangen waren stark geröthet und die Zunge dick belegt. Die Stuhlausleerungen waren bis zuletzt grün und dünn.

Vor dem 23sten, als das Fieber und die Empfindlichkeit des Unterleibs mich aufmerksam zu sein zwangen, hatte ich kleine Dosen *Hydrarg. cum Creta* mit *Pulv.* Doweri und Mixtur. Cr*etae comp.*

zur Stuhlbeförderung verordnet. Am 23sten wurden zwei Blutegel, und darauf ein *Empl. Cantharid.* auf den Unterleib gelegt, die seine Schmerzhaftigkeit und Spannung verminderten, doch das Fieber und und die frequente kurze Respiration unverändert liessen. Zuletzt wurde noch Kalomel gr. j zwei- oder dreimal verordnet.

Sektion, 24 Stunden nach dem Tode. Im Unterleib fand sich weiter nichts Krankhaftes, als Ausdehnung durch Gase, eine unbedeutende nicht entzündliche Vergrösserung der Mesenterialdrüsen und eine geringe Erweichung und Anschwellung der Nieren. — Die Lungen waren an einzelnen Stellen etwas mit Blut überfüllt. — Zwischen der Arachnoidea und Piamater fand sich ein Erguss von Flüssigkeit. Die letztere Membran war stark mit Blut injizirt, an manchen Stellen wie bei einer Ekchymose. Das Gehirn war fest und zeigte einige Blutpunkte; eine grössere Menge von Flüssigkeit als im normalen Zustande war in den Ventrikeln vorhanden.

Der allgemeine Zug in den obigen vier Fällen ist der unvollkommene rubeolaartige Ausschlag, der sich im dritten Falle über 20 Tage nach dem Verschwinden der normalen Rubeola einstellte. In zwei Fällen endete der krankhafte Prozess, von dem der Rubeola-Ausschlag einen Theil bildete, tödtlich. In den beiden anderen schien durch das Auftreten von Varioloiden dem Organismus, wenn ich hypothetisch sprechen soll, Linderung verschafft worden zu sein.

V. Verhandlungen gelehrter Vereine und Gesellschaften.

Pathological Society in Dublin.

1. Ascites in Folge von Scharlach. — *Morbus Brightii.*

In der siebzehnten Sitzung legte Dr. O'Ferrall der Gesellschaft die Präparate von einem vor wenigen Tagen gestorbenen sechs Jahre alten Mädchen vor, die an Ascites in Folge von Scharlach gelitten hatte. Sie war im St. Vincent's Hospital nur einige Tage vor dem Tode von ihm beobachtet worden. Der Ascites war sehr bedeutend und deutlich ausgesprochen, während nur ein geringer Grad von Anasarka und auf die unteren Extremitäten beschränkt vorhanden war.

Es fanden bedeutende Respirationsbeschwerden und ein heftiger Schmerz im linken Hypochondrium statt, weshalb das Kind oft ein lautes Geschrei ausstiess. Unter diesen Symptomen nahmen die Kräfte allmälig ab, und sieben oder acht Stunden vor dem Tode war sie vollkommen komatös. Man war der Meinung, dass die ***Paracentesis abdominis*** einige Erleichterung zur Folge haben würde, aber die Familie des Kindes wollte nicht ihre Einwilligung dazu geben. Als der Körper obduzirt wurde, fand man im Unterleib eine bedeutende Menge einer strohgelben Flüssigkeit, durch welche das Peritonäum stark ausgedehnt und die Organe aus ihrer normalen Lage gedrängt waren. Die Leber war nach oben getrieben, bis zur vierten Rippe. Nachdem der Unterleib ganz geöffnet, und die Flüssigkeit entleert worden, nahmen die Eingeweide ihre normale Lage wieder ein, und die Leber stieg hinab. Es war kein Lympherguss in irgend einem Theile des Unterleibs aufzufinden. Die Leber war mit Blut überfüllt, und ihr seröser Ueberzug undurchsichtig. In der Kortikalsubstanz der Niere zeigte sich, was höchst interessant war, die Bright'sche Nierenentartung. Die Ausdehnung der Unterleibshöhle hatte den Raum der Brusthöhle ver*kleinert*. Die Lungen waren so komprimirt, dass sie das Aussehen von hepatisirten hatten, obwohl sie nicht ganz so fest waren; daraus erklärte sich auch die bedeutende Dyspnoe in den letzten Stadien der Krankheit. Beachtenswerth in diesem Falle war das Vorkommen der Bright'schen Krankheit mit sehr geringer Anasarka, und das verminderte Volumen der Lunge, die in so bedeutendem Grade einer hepatisirten ähnlich sah.

---

2. Pneumonie bei einem Kinde von eilf Monaten.

In der 19ten Sitzung zeigte Dr. Adams die frischen Präparate von einem Kinde von eilf Monaten vor, das an akuter Pneumonie gestorben war. Die Krankheit hatte nur fünf oder sechs Tage gedauert. Die Haut war sehr bleich, aber in hohem Grade heiss, und es war ein kurzer, schmerzhafter Husten vorhanden. Am zweiten Tage des Anfalls war die rechte Lunge bereits bis zum Schlüsselbein hepatisirt, die linke war noch permeabel und die Respiration pueril. Am dritten Tage zählte man 62 Athemzüge und 170 Pulsschläge in der Minute; am folgenden war die Zahl der Inspirationen auf 72, die der Pulsschläge auf 200 gestiegen.

Als die Brust des Kindes geöffnet worden, bemerkte man einige *den Petechien* ähnliche Flecke auf der Oberfläche der rechten Lunge,

nicht unähnlich denen, die man in der Purpura vorfindet. Die Lunge krepitirte nicht, sie sah eher wie die Milz als wie die Lunge aus, sank im Wasser unter und hatte eine bläuliche Farbe, und eine solche Dichtigkeit, wie die fötale Lunge. Dieser Umstand war wichtig für den gerichtlichen Arzt.

Dr. Adams zeigte eine Zeichnung von einem Präparate derselben Krankheit vor, welches er in einer früheren Sitzung vorgelegt hatte. Der Gegenstand jenes Falles war ein Kind, welches sehr heissen Dampf aus der Tülle eines Kessels eingeathmet hatte; *Oedema glottidis* stellte sich ein. Die Tracheotomie wurde gemacht und führte Besserung herbei; doch es kam Pneumonie, der in dem gegenwärtigen Falle sehr ähnlich, hinzu, worauf das Kind vier Tage nach dem Beginn der Krankheit starb.

---

3. Warzige Ablagerungen im Larynx. — Hämorrhagie durch die Oeffnung einer Arterie in eine Tuberkelhöhle der Lunge.

Dr. Lees legte die frischen Präparate von dem Körper eines Kindes vor, welches, ungefähr vor acht Monaten, in das South Union-Hospital aufgenommen war. Zu jener Zeit war es fast einen Monat alt. Es litt an einem kurzen Husten und den gewöhnlichen Symptomen der *Phthisis tuberculosa;* doch war kein Stridor, keine Athmungsbeschwerde vorhanden. Vor zwei Tagen stellte sich unmittelbar nach dem Erwachen Husten ein, dem ein profuser Auswurf von Blut folgte; das Kind starb bald darauf.

Die Sektion wurde sorgfältig von Dr. Johnson angestellt. Die Stimmbänder und *Ventriculi Morgagni* des Larynx waren von einer fibrinösen Schicht bedeckt. In der linken Lunge, im oberen hinteren Theil des unteren Lappens, befand sich eine grosse unregelmässige Höhle, deren Inneres ein granulöses Aussehen hatte, und nicht von einer Pseudomembran ausgekleidet war; dieselbe enthielt koagulirtes Blut. Drei oder vier Zweige der *Art. pulmonalis* durchkreuzten die Höhle, von denen nur einer wegsam war, und an diesem war in der Mitte der Höhle eine Ruptur entstanden. Diese Lunge war grösser und dichter als die der anderen Seite, in welcher auch Tuberkeln in einem früheren Stadium der Entwickelung abgelagert waren. In den grossen Bronchialstämmen befand sich ebenfalls geronnenes Blut. Dr. Lees bemerkte, dass Dr. Hodgkin die Tuberkelhöhlen als von einem eigen-

liche Vegetationen auf der *Rima glottidis* sich befanden, v
Ueber die Natur dieser Auswüchse fand eine abweichende
unter den Pathologen statt, indem einige sie als eine eigen
krankhafte Ablagerung betrachteten, andere als einen hypertr
Zustand des natürlichen Gewebes der Schleimhaut, als Wir
Entzündung. Nehmen wir an, dass sie ein Resultat der E
sind, so müssen wir sie für eine spezielle Modifikation dieses
halten, der mehr auf einer Störung der Ernährung, als der
beruht, die so häufig bei Kindern in der plastischen Form a

---

4. Perikarditis mit Pseudomembranen in einem bedeutenden
von Hyperämie.

Dr. O'Ferrall erzählte einen Fall von Perikarditis m
terung des Herzens, und legte das Präparat vor. Der Kr
ein Knabe von eilf Jahren, der im St. Vincent's Hospital z
holten Malen an Anfällen von Pneumonie, mit einem gere
stande des Darmkanals, gelitten hatte, und an Kräften früh
sehr heruntergekommen war durch einen Anfall von Skarlati
Monate vor dem Tode, und dann durch einen akuten Rheu
zwei Monate vor demselben, von welchen beiden Krankheiten

die Oberflächen durch Streifen von Lymphe im Prozess der Organisation mit einander zusammenhängend. Auf das Aussehen dieser Lymphe wünschte Dr. O'Ferrall besonders die Aufmerksamkeit zu lenken; beim ersten Anblick würde Jeder geglaubt haben, sie bestände aus koagulirtem Blute, so dunkel war ihre Farbe, doch enthielt die geringe im Herzbeutel befindliche Flüssigkeit kein einziges Blutkügelchen. Dr. O'Ferrall rief der Gesellschaft einen Fall von wahrer *Pericarditis haemorrhagica*, den er ihr vor drei Jahren mitgetheilt, und von dem er jetzt eine Zeichnung vorlegte, ins Gedächtniss zurück. In jenem Falle hatte sich offenbar Blut mit der Lymphe zusammen ergossen, doch im gegenwärtigen schien die dunkelrothe Farbe der sich organisirenden Lymphe von einer bedeutenden Hyperämie abhängig zu sein. Es war nicht möglich, demnach die Wahrheit dieser Ansicht durch Injektion zu beweisen, indem die meisten der berühmtesten Pathologen bis jetzt nicht im Stande waren, die Gefässe der sich organisirenden Lymphe in den nachbarlichen Geweben nachzuweisen, wenn wirklich eine solche Kommunikation stattfindet; doch hat man sich davon überführt, dass Kanäle zur Zuführung des Bluts in der Lymphe vor dem Vorhandensein von Gefässen mit besonderen Häuten bestehen, und nach dem Aussehen der Lymphe in diesem Falle muss man annehmen, dass die Hyperämie wahrscheinlich in solchen Kanälen stattfand.

---

5. Exfoliation des *Caput ossis femoris* in einer Krankheit des Hüftgelenks. — Luxation des Oberschenkels.

Dr. Adams zeigte den exfoliirten Kopf des Oberschenkelbeins von einem sechs Jahre alten Kinde vor, das seit zwei Jahren an einer Krankheit des Hüftgelenks litt, und nach der Exfoliation mit einem falschen Gelenke genass. Dr. A. bemerkte, dass, wo diese Exfoliation vorgekommen ist, die Kranken hergestellt wurden. Dieser Fall war der dritte, der der Gesellschaft mitgetheilt worden, wo dies stattfand.

Dr. A. theilte der Gesellschaft ferner ein Beispiel von einer Krankheit des Hüftgelenks mit, wo Luxation, eine höchst seltene Erscheinung, eintrat. Der Kranke war 16 Jahre alt; der Kopf des Knochens war erweicht und auf der hinteren Fläche des Darmbeins dislozirt, der Schenkel war verkürzt und adduzirt; Abszess und Eiterung folgten, und der Kranke erlag bald dem fortdauernden hektischen Fieber. Das Kapselligement war ganz zerstört.

---

6. Intussuszeption.

Dr. Evory Kennedy theilte einen Fall von Intussuszeption bei einem Kinde von vier Monaten mit, das dreissig Stunden nach Beginn der Krankheit starb. Das Kind war bis zum letzten Dienstag Abend vollkommen gesund gewesen. Der Leib war verstopft, und eine Dosis *Ol. Ricini* wurde verordnet, und nach einigen Stunden eine zweite verabreicht. Am nächsten Morgen fand ein Blutausfluss aus dem Mastdarm statt, mit Fäkalmaterie vermischt; diese Ausleerungen nahmen während des Tages an Menge zu; es trat auch Erbrechen einer schwarzen Flüssigkeit ein, das aber nicht bedeutend war; das entleerte Blut war nicht geronnen; der Puls war klein und frequent; *Plumb. aceticum* und Dower'sches Pulver wurden verordnet, jedoch ohne Erfolg. Am Donnerstag Morgen starb der kleine Kranke, und als man den Körper öffnete, entdeckte man eine Intussuszeption, die aus einem grossen Theile des Kolon, des Coekum und einem Theil des Ileum bestand; es war keine Entzündung des Peritonäum vorhanden. Offenbar hatten sich die Fäzes, die entleert worden, unterhalb des unwegsamen Theiles des Darmkanals befunden.

---

7. Gutartiges Osteosarkom der Hand.

In der zwanzigsten Versammlung zeigte Dr. Fleming ein von Dr. Cusack übersandtes Präparat einer Knochenkrankheit vor, welche von Einigen *Spina ventosa*, von Anderen gutartiges Osteosarkom genannt worden. Von dieser Krankheit sind der Gesellschaft mehrere Fälle von den Herren Adams und O'Ferrall mitgetheilt worden, von denen der Letztere besonders diese Affektion in seinem Artikel „über abnorme Zustände der Hand" in Todd's Kyklopädie ausführlich abgehandelt hat. Die Kranke, von der dieses Präparat entnommen wurde, war ein junges Mädchen von skrophulösem Habitus, die an Drüsenanschwellungen der Halsdrüsen litt. Die Knochenkrankheit hatte in dem Ring- und Mittelfinger der rechten Hand ihren Sitz. Sie begann vor neun oder zehn Jahren als eine kleine Geschwulst auf dem Rücken eines der Phalangen, die bis vor zwölf Monaten sich nur wenig vergrösserte, als sie nach einem zufällig bei einem Falle erhaltenen Stosse bedeutend an Umfang zunahm und schmerzhaft wurde. Der Schmerz beschränkte sich nicht auf die Geschwulst, sondern erstreckte sich den Arm hinauf bis zur Achselhöhle. Die Haut war

nicht missfarbig und beweglich über der Geschwulst, doch waren alle hervorragenden Punkte auf deren Oberfläche ulzerirt. Die Amputation wurde für nöthig erachtet, und von Dr. Cusack im Karpalgelenk ausgeführt. Beim Einschnitt in die Geschwulst zeigte sich ein knorpliges oder faserknorpliges Gewebe innerhalb einer sehr dünnen Schaale von Knochen.

---

8. Karies der Wirbelbeine.

In der zweiundzwanzigsten Sitzung hatte Dr. Lees neue Präparate mitgebracht, die die Pathologie der Karies der Wirbelbeine aufhellen sollten. Der erste Fall kam unter seiner Behandlung im South Union-Hospital vor. Der Kranke war ein Knabe von fünf Jahren, der vor ungefähr sechs Monaten zu ihm gebracht worden, da man bemerkte, dass er schief und der Körper auf eine Seite hinübergeneigt war. Bei genauer Untersuchung des Rückgraths entdeckte man eine geringe Hervorragung am unteren Theil der *Pars cervicalis.* Ein Fontanell wurde am Halse eröffnet, und die gewöhnlichen Mittel angewandt. Trotz dessen verschlimmerte sich der Gesundheitszustand des Kindes immer mehr, der Puls wurde sehr frequent, und in der vergangenen Woche starb es, an Diarrhoe und lobulärer Pneumonie leidend. Es hatte immer über Schmerz vorn in der Brust geklagt, aber niemals über Schmerz im Rücken. Es war Paralyse der oberen und unteren Extremitäten ohne Starrheit der Muskeln vorhanden. Koth und Urin wurden unwillkührlich entleert. Der Körper wurde obduzirt; die Körper der fünf oberen Dorsalwirbel waren vollständig kariös, und die Intervertebral-Substanz zerstört, der sechste und siebente war ganz schwarz und rauh; das *Ligamentum intervertebrale* zwischen dem siebenten und achten vollkommen gesund. Der *Canalis spinalis* war verdickt und sehr gefässreich, das Rückenmark selbst gelb und erweicht. Es war merkwürdig, dass sich in diesem Falle kein Abszess gebildet hatte, obgleich so viel Wirbel in den Bereich der Krankheit hineingezogen waren. In den erkrankten Wirbeln war keine Ablagerung vorhanden, und in keinem der Eingeweide Tuberkeln.

Das zweite Präparat war dem Dr. Lees von seinem Kollegen Thannon übersandt worden. Der Kranke war ein Knabe von skrophulösem Habitus, der an Phthisis gestorben war; er war gelähmt gewesen, seine Lungen zeigten sich mit Tuberkeln angefüllt, die drei

merte als besserte, wurde das Jod in Gebrauch gezogen, nach der von Maunsell und Evanson angegebenen Methode:

℞ *Kali hydrojodic.* gr. xij,
Jodi gr. iij,
Aq. destillat. ℥j.
MDS. Alle 4 Stunden einen Kinderlöffel voll.

Zugleich wurden Einreibungen mit Jodquecksilber gemacht. Nach drei oder vier Tagen reagirten die Pupillen wieder gegen das Licht, die Aufregung nahm ab, die konvulsivischen Bewegungen liessen nach, der Puls wurde langsamer, und nach zwei Monaten hatten der linke Arm und das linke Bein, die fast gänzlich gelähmt waren, ihre Beweglichkeit wieder erlangt. [1])

Ueber Scharlach und Masern. Trousseau sagt im *Journal de médecine:* Man glaubt mit Unrecht, dass die Heftigkeit des Scharlachs und der Masern in ungekehrtem Verhältnisse mit dem Zusammenfliessen des Ausschlages stehe. Dies rührt daher, weil man das Zurücksinken des Exanthems mit dem diskreten Auftreten desselben verwechselte. Es gilt die allgemeine Regel: Jede exanthematische Affektion wird immer viel gelinder verlaufen, wenn sie von Anfang an unter der diskreten Form auftritt, als unter der konfluirenden. Wenn nun während des Verlaufs einer sehr heftigen Eruption eine interkurrente Pneumonie der Pleuritis bewirkt, dass der Ausschlag erbleicht, oder gänzlich verschwindet, so rührt die Gefahr nicht von dieser zufälligen diskreten Form des Ausschlags her, sondern von dem Zurücksinken des Exanthems in Folge der Lungenentzündung. Da nun aber die Masern oder das Scharlach um so gefährlicher sind, je mehr der Ausschlag konfluirt, so räth Trousseau, niemals, wenn das Exanthem diskret ist, Reizmittel zu geben, in der Absicht, es konfluirend zu machen.

Bei mit entzündlicher Affektion komplizirten Masern, wo Antiphlogistika nothwendig sind, soll man nach Trousseau mit grossem Vortheil örtliche exzitirende Mittel in Gebrauch ziehen, die kräftig auf

---

1) Diese Behandlungsweise wird auch bei uns jetzt häufig und mit grossem Nutzen in Gebrauch gezogen. In solchen Fällen sind aber immer Gehirntuberkeln vorhanden, wofür auch in obigem Falle die Lähmung des linken Arms und Beins sprechen. Sehr oft treten nämlich entzündliche Affektionen oder blos Kongestionen in dem die Tuberkeln umgebenden Theile auf und befördern den Desorganisationsprozess. Anmerk. d. Referent.

Jedes Jahr erscheinen 12 Hefte in 2 Bänden. — Gute Original-Aufsätze über Kinderkrankh. werden erbeten und am Schlusse jedes Bandes gut honorirt.

JOURNAL FÜR KINDERKRANKHEITEN.

Aufsätze, Abhandlungen, Schriften, Werke, Journale etc. für die Redaktion dieses Journals beliebe man kostenfrei an den Verleger einzusenden.

BAND III.] BERLIN, OKTOBER 1844. [HEFT 4.

I. *Abhandlungen und Originalaufsätze.*

Bemerkung über den Keuchhusten, welcher seit mehreren Jahren, und besonders wieder in diesem Sommer in Berlin beobachtet wurde und über das *Argentum nitricum* dagegen, von Dr. F. A. Berger, prakt. Arzte in Berlin.

In diesem Sommer war der Keuchhusten wieder sehr häufig hier in Berlin, und besonders in den niederen Klassen; ich hatte Gelegenheit, in meiner Assistenz bei einem hiesigen sehr beschäftigten Armen-Arzte viele Fälle zu beobachten und zu behandeln, und aus diesen Beobachtungen, so wie aus den Mittheilungen, die ich von Kollegen gesammelt habe, konnte ich, besonders in Bezug auf die Ausgänge und die Wirksamkeit neu vorgeschlagener Mittel, einige, wie ich hoffe, brauchbare Schlüsse ziehen.

Im Allgemeinen trat der Keuchhusten in diesem Sommer weniger heftig als hartnäckig auf, und hatte nur da einen üblen Ausgang, wo er gleich von vorn herein mit krankhaften Zuständen komplizirt gewesen ist, oder wo im Verlaufe des Keuchhustens gefährliche Zustände sich hinzugesellten. Die Komplikationen, die ich am häufigsten antraf, waren: gestörte Verdauung, infarzirter Unterleib, Skrophulosis, die Beschwerden der Dentition, Tuberkulosis und Intestinalwürmer. Im Verlaufe der Krankheit traten hinzu: pneumonische Zufälle, Blutungen, namentlich Nasenbluten, einmal ein Hydrocephalus und einmal eine Hernie. Ehe ich zu den Ergebnissen der Behandlung und zur Mittheilung spezieller Fälle übergehe, glaube ich Einiges über die Geschichte der Krankheit im Allgemeinen, so wie es sich mir aus dem Studium der Autoren ergeben hat, vorausschicken zu müssen. — Die erste gute Beschreibung des Keuchhustens stammt von Willis, welcher im 17ten Jahrhundert lebte, und wenn man auch in den Schriften

es sich befunden hatte, ein Knabe Hustenanfälle gehabt habe, welche, nach der Beschreibung und nach der von mir angestellten Nachfrage, in der That Keuchhusten gewesen sind. Von dieser Zeit an ging die Krankheit durch mehrere Mitglieder derselben Familie hindurch, und verbreitete sich auf viele Individuen in demselben Hause und in den benachbarten Häusern. Es ist dieses nur ein Beispiel von vielen, und ich bin überzeugt, dass jedem beschäftigten Praktiker Fälle vorgekommen sein werden, welche die Kontagiosität des Keuchhustens ausser allen Zweifel setzen.

Es ist nach solchen Thatsachen mit Fug und Recht ein spezifisches Virus anzunehmen, durch dessen Uebertragung die Krankheit entsteht; was aber dieses Virus sei, auf welche Weise es übertragen werde, ob durch Exhalation aus den Lungen oder nicht, ist bis jetzt noch nicht anzugeben, und der Umstand, dass viele Individuen der Ansteckung entgehen, ist kein Argument gegen dieselbe, sondern nur ein Beweis, dass die Empfänglichkeit für das Gift nicht überall vorhanden ist, und dass es einer Prädisposition dazu bedarf. Diese Prädisposition kann an und für sich schon vorhanden sein, aber auch durch körperliche Zustände erzeugt oder entwickelt werden. Zu diesen prädisponirenden Momenten gehört ganz besonders das Kindesalter; jedoch sah ich im Verlaufe dieses Sommers die Krankheit auch bei zwei Erwachsenen, und zwar einmal bei einem jungen, etwas nervösen Manne, welcher Elementarlehrer einer Schule war, und bei einer alten Frau von 57 Jahren, welche zwei ihrer Enkel, die am Keuchhusten gelitten, gepflegt und alle Nächte bei sich im Bette gehabt hatte. Die anderen prädisponirenden Ursachen sind alle diejenigen Einflüsse und Zustände, welche die Reizbarkeit im Allgemeinen erhöhen; namentlich gestörte Verdauung, akute Hautausschläge, wie dieses besonders in diesem Sommer der Fall gewesen ist; ferner Erkältung, Dentition, Skrophulosis u. s. w. Im Allgemeinen fand ich, dass die Kinder weiblichen Geschlechts empfänglicher für die Krankheit sind, als die männlichen Geschlechts, eine Beobachtung, die auch schon von anderen Aerzten gemacht worden ist.

Ueber den Sitz der Krankheit ist man bekanntlich bis zum heutigen Tage noch nicht im Klaren. Aeltere Aerzte, wie Huxham, Basseville, Waldschmidt, Stoll, und in neuerer Zeit Thomson, betrachten Magen und Diaphragma als den Heerd oder Sitz der Krankheit; Butter hält den Darmkanal, und Villiers hält die Leber dafür. Hufeland, Jahn, Paldamus, Henke, Löbenstein-Löbel

tarrh in den wenigen Fällen, wo die Ansteckungszeit ermittelt werden konnte, 5 bis 8 Tage nach der Infektion auf. Die Kranken wurden von einem geringen Frösteln befallen; hierauf folgte Hitze und Fieber, ein Gefühl von Müdigkeit und ein hoher Grad von Schläfrigkeit; die Augen wurden trübe, das Antlitz etwas aufgetrieben und die Zunge belegt; Schnupfen mit Niesen begleitet und Husten stellte sich ein; der Husten war rauh, kurz und trocken, und hier und da mit Schlingbeschwerden verbunden; aus der Nase floss ein dünner Schleim. Wären zu der Zeit Masern in der Stadt gewesen, so würde man die Annäherung dieser Krankheit in diesen Fällen aus den eben genannten Symptomen vermuthet haben. In einigen Fällen wurde gleich im Anfang das Fieber sehr lebhaft; dazu gesellten sich Verstopfung und mannigfache Digestionsstörungen, ferner Kopfschmerz, geringe Delirien und eine heisse trockene Haut. Dieser Fieberzustand war meistens aber nur von kurzer Dauer, und in dem Maasse wie er abnahm, verminderte sich auch die Reizbarkeit der Luftwege, d. h. der Husten ward weniger trocken, der Kitzel im Halse, den viele der Kranken im Anfange empfanden, so wie das wiederholte Niesen, verloren sich immer mehr, und es bekam nun der Husten einen rein katarrhalischen Charakter, an welchem man aber schon das Spasmodische heraus erkennen konnte. In den von mir beobachteten Fällen dauerte dieses *Stadium catarrhale* 8—14 Tage und der Husten wurde besonders gegen Abend sehr häufig. Allmälig, so wie die Krankheit in das *Stadium convulsivum* überging, wurden die Intervallen zwischen den einzelnen Hustenanfällen immer merklicher, und man hörte nun deutlicher den schreienden, langgezogenen, heulenden Ton, welcher Keuchen genannt wird, wovon die Krankheit ihren Namen hat, und der, wenigstens für die Laien, dasjenige Merkmal ist, woran sie die Krankheit von anderen unterscheiden. Ich will mich damit nicht aufhalten, die weiteren Symptome zu beschreiben. Sie waren die jeder anderen Keuchhustenepidemie, d. h. die Anfälle kamen mehrmals des Tages und waren mitunter mit Erbrechen, Nasenbluten u. dergl. begleitet. Die Kinder blieben im Allgemeinen verdriesslich, und erschienen sehr angegriffen und abgeschwächt. Jeder Hustenanfall endigte sich mit Auswurf eines sparsamen, zähen, schleimigen Auswurfs, der mitunter blutgestreift erschien. In den Fällen, in denen ich den Urin zu untersuchen hatte, fand ich denselben ungewöhnlich alkalisch. Im Allgemeinen dauerte die Krankheit 10—14 Wochen; in einigen Fällen erstreckte sie sich bis in die zwanzigste Woche hinein, und ver-

welches beim Hustenanfall sich einstellte, der Appetit sich desto lebhafter zeigte. Ein übler Ausgang konnte nur aus den Komplikationen, und zwar aus dem Ergriffensein des Kopfes, der Brust- oder Baucheingeweide prophezeiht werden. Ich habe keinen der von den Autoren angegebenen tödtlichen Ausgänge zu beobachten Gelegenheit gehabt; jedoch sah ich mancherlei Folgen, die wohl Besorgnisse erregen konnten. Bei einem 3jährigen Knaben bildete sich eine Hernia plötzlich während eines heftigen Hustenanfalls, und 2 Kinder leiden in Folge des Keuchhustens noch jetzt an Zufällen, welche auf *Tabes mesenterica* schliessen lassen.

Was die Behandlung betrifft, so konnten wir nichts Anderes ausrichten, als was alle übrigen Aerzte auszurichten pflegen, d. h. wir konnten die Krankheit selber nicht aufhalten, sondern mussten uns begnügen, die Komplikationen zu bekämpfen und stets eine leichte und reichliche Expektoration zu unterhalten. Im Anfange war ein mild entzündungswidriges Verfahren fast immer nothwendig; wir gaben milde Laxanzen und Salmiak mit Brechweinstein oder Brechwein. Wiederholte Brechmittel zeigten sich fast immer von Nutzen, indem sie die Expektoration beförderten und das katarrhalische Stadium abzukürzen schienen. Man hat über die Wahl der Brechmittel in neuerer Zeit viel gesprochen, und Einige haben das schwefelsaure Kupfer allen vorziehen wollen; wir gaben jedoch die Ipekakuanha in Verbindung mit Brechweinstein, und waren damit vollkommen zufrieden. Die Beförderung der Expektoration scheint beim Keuchhusten in jedem Stadium von grossem Nutzen zu sein, und da man nicht immerfort Brechmittel geben kann, so sind, namentlich während des katarrhalischen Stadiums, eine Menge andere Mittel zu diesem Zwecke versucht worden. In England hat man mit der Inhalation von sehr verdünntem salpetrigsauren Gase und auch mit der Inhalation von heissen Theerdämpfen einen Versuch gemacht. Von beiden will Thomson guten Erfolg gesehen haben. Patterson (*Carmichael Smyth, Treatise on the nitrous acid Gas, London*) wandte die Inhalation des salpetrigsauren Gases in der Idee an, dass durch dasselbe das in die Luftwege gedrungene Virus neutralisirt werden solle, und in den wenigen Fällen, in denen er es verordnet hat, will er in der That grossen Nachlass der Krankheit gesehen haben. Thomson bediente sich derselben Inhalation in der Absicht, um die Luftwege zu stärkerer Absonderung und somit zur Ausscheidung des krankhaften Stoffes anzuregen. In einem Falle, in welchem sich eine sehr grosse Menge

Maserngeruch wahrgenommen. Die bekannten 4 Stadien mit ihren Erscheinungen und ihrer 12—14tägigen Dauer blieben sich überall gänzlich gleich, so zwar, dass das 4te Stadium, wie gewöhnlich, auch diesmal das gefährlichste war, durch das Auftreten böser Nachkrankheiten, als Pneumonie, Laryngitis, Skrophulosis, Asthma, Anasarka, Phthisis. In zwei Fällen wurde in wenigen Stunden unter Konvulsionen der Tod der Patienten durch das Zurücktreten der Masern veranlasst, welches eine Folge davon war, dass die im *Stadio florescentiae* befindlichen Kinder das Bett verlassen und sich einer Erkältung ausgesetzt hatten. Selbst die schleunigste Darreichung von Moschus mit *Sulph. aurat.*, *Antim. liq. C. C. s.* und Reiben der Haut mit warmen Tüchern blieb ohne Erfolg. Die Prognose war nach dem oben angebenen Charakter in den meisten Fällen gut, jedoch machte sich in einzelnen Fällen immerhin der Grundsatz geltend, dass sie bei dieser Krankheit stets etwas unsicher ist, dass bei einem grossen Schein von Gutartigkeit und gelinden Zufällen in den ersten Stadien, durch hinzutretende entzündliche Komplikationen und Nachkrankheiten, der Ausgang dennoch sehr gefährlich, ja tödtlich werden konnte. Die Behandlung richtete sich vorzüglich nach dem Charakter des Fiebers und den Komplikationen. Bei den meisten Masern, die gelind und gutartig verliefen, bedurfte es fast keines Heilapparats. Bei sorgsamer Vermeidung aller Erkältung, in einer Temperatur von 14—15 Grad R., unter leichten Decken, ruhig im Bette, in einem etwas dunklen Zimmer, bedurfte der Patient weiter nichts, als schleimige lauwarme Getränke, wie Hafer-, Gerstenschleim, Eibischthee, Zuckerwasser u. s. w. Drohten jedoch entzündliche Konzentrationen, vornämlich in den Brust- oder Halsorganen, so vermochte ein prophylaktisches Verfahren sehr oft ihrer gefährlichen Ausbildung vorzubeugen. Die Mittel waren Blutegel bei Kindern und Venaesektion bei Erwachsenen, ferner innerlich *Kali acet.*, *Kali nitr.*, *Natr. nitr.*, *Tart. stib.*, Salmiak. Die Epidemie fiel in die Wintermonate Dezember, Januar, Februar mit vorherrschenden Nord- und Ostwinden. Eine zeitige antiphlogistische Prophylaxis scheint von Wichtigkeit gewesen zu sein, da sie nach den Beobachtungen meiner Kollegen und meinen eigenen in den meisten Fällen die verderbliche Entwickelung der oben gedachten entzündlichen Affektionen koupirte. Dass die antiphlogistische Methode um so energischer instituirt werden musste, wenn entzündliche Masern mit Bronchitis, Laryngitis u. s. w. angetroffen wurden, braucht wohl nicht erwähnt zu werden; in den *meisten* Fällen war sie auch hier noch Retterin des

der vom Gehirn, von den Lungen und vom Herzen ausgeht. Und so wie sich, während jede dieser Katastrophen bevorsteht, konvulsivische Affektionen beim Erwachsenen zeigen können, so sieht man auch dieselben Zustände zu derselben Zeit beim eben geborenen Kinde auftreten.

Der vom Gehirn ausgehende Tod kann auf zweierlei Art herbeigeführt werden: erstens durch Druck, wobei die Respiration zuerst leidet, und zweitens durch Erschütterung, wobei die Herzthätigkeit direkt gehemmt wird. Die erste Art oder die durch Koma ist eine häufige Ursache, dass Kinder todtgeboren werden, und wie bei Individuen in vorgerückteren Jahren, die einen apoplektischen Anfall erlitten haben, venöse Turgeszenz, angeschwollenes Gesicht, langsame und gehinderte Respiration beobachtet werden, so sind auch bei Kindern diese Symptome wahrzunehmen. Es ist eine ganz gewöhnliche Erscheinung, dass das Gesicht, wenn es aus den Geschlechtstheilen der Gebärenden hervortritt, von bläulicher Färbung ist, die aber, sobald die Geburt ganz vollendet ist, bald verschwindet; wird aber durch Verzögerung oder irgend eine andere Ursache der Rückfluss des Bluts vom Kopfe gehindert, so zeigt uns die äussere Anschwellung an, dass ein ähnlicher Zustand innerhalb der Schädelhöhle stattfinde, und wenn auch nach vollendeter Geburt das Herz einige Zeit lang zu schlagen fortfährt, so stellt sich die Respiration doch nur mit Mühe oder nicht vollkommen ein. Dieselben Folgen können eintreten, wenn der Kopf einem zu lange anhaltenden Drucke des Uterus ausgesetzt oder am Beckenausgange eines verengten Beckens gequetscht wird; nicht selten sind sie von einem durch die Zange hervorgebrachten Drucke abhängig. Nach Beseitigung der unmittelbaren Wirkungen dieser Zustände kann ein minderer Grad von Kongestion andauern, der zu Konvulsionen oder Lähmung Veranlassung giebt, wenn nicht die geeigneten Mittel zu ihrer Entfernung in Gebrauch gezogen werden. Ich werde Beispiele von den verschiedenen Graden dieser Affektion anführen.

Erster Fall. Ein Kind wurde am 2. September 1839 nach achtstündiger Geburtsanstrengung geboren; es war dunkel gefärbt, ächzte und die Respiration war unvollkommen und nahm allmälig ab. Es wurden zwei Blutegel auf die vordere Fontanelle gesetzt und ein warmes Bad verordnet, worauf das Kind freier athmete und am nächsten Tage sich ganz wohl befand.

Zweiter Fall. Das Kind einer Frau, die im letzten Stadium der Phthisis aufgenommen wurde, war bei der Geburt von purpurrother

und der Extremitäten befallen, mit Kontraktion der Fingermuskeln, die in Zittern überging. Die gewöhnlichen eröffnenden Mittel wurden allein in Gebrauch gezogen und das Kind hergestellt.

Sechster Fall. Bei einem Kinde war schon der obere Theil des Körpers geboren und der Nabelstrang, der fest um den Hals geschlungen war, hörte auf zu pulsiren, bevor die nöthige Hülfe herbeikam. Die Wiederbelebung geschah mit Hülfe der gebräuchlichen Mittel. Am nächsten Morgen berichtete man, dass es die ganze Nacht hindurch gestöhnt habe; dann wurde es ruhiger und schluckte mit Leichtigkeit; die Darmausleerungen wurden durch Kalomel und dann durch *Ol. Ricini* hervorgerufen. Am nächsten Tage stellten sich heftige Konvulsionen ein, mit starker Kontraktion der Finger; die Stühle waren von grüner Farbe. Ein Blutegel wurde an den hinteren Theil des Halses applizirt, und gr. j der blauen Pillen, dann *Ol. Ricini* gegeben; das Bad und Gegenreize wurden darauf angewendet. Dennoch nahmen die Konvulsionen während des Tages zu, das Gesicht war während desselben von livider Färbung und die Finger krampfhaft in die Handflächen eingeschlagen. In der Nacht starb das Kind. Bei der Sektion zeigten sich die Gefässe an der Oberfläche des Gehirns von Blut ausgedehnt; es war ein Erguss unter der Arachnoidea vorhanden und das Gehirn selbst war ungewöhnlich blutreich.

In Betreff der anderen Art des Todes, die vom Gehirn ausgeht, haben Chossat's Versuche gelehrt, dass in Folge von Einwirkungen auf dieses Organ, die eine Erschütterung zu erzeugen im Stande sind, und besonders wenn das Rückenmark in der Nähe des Halses bedeutend gelitten hat, die Zirkulation in den Kapillargefässen einige Zeit lang mehr affizirt zu sein scheint, als die Herzthätigkeit, wiewohl durch das allmälige Aufhören des Blutkreislaufes solche Fälle tödtlich enden. Diese Todesart scheint stattzufinden, wenn der Fötus, nachdem er der heftigen Wehenthätigkeit ausgesetzt gewesen ist, und sein Kopf gegen feste Punkte wie die gekrümmten *Spinae ossis ischii*, gedrückt worden, zuletzt ausgestossen wird, mit livider Farbe, schlaff herabhängenden Extremitäten und pulslosem oder schwach pulsirendem Nabelstrange, und eben so bei Steisslagen, wenn in Folge kräftiger Anstrengungen zur Heranziehung des Kopfes, das Rückenmark verletzt wird. Ich spreche hier nicht von den Fällen, wo das Kind von Natur sehr schwächlich ist, sondern beziehe mich auf die keinesweges seltenen, wo, obgleich wir nach der Aussage der Mutter, die die starken Bewegungen des Kindes fühlte, und nach den lauten Pulsschlägen des Fö-

setzen und zu anderen hauptsächlich für diese Komplikation passenden Mitteln zu greifen. Man muss sich hüten, solche Kinder längere Zeit als nöthig an die Brust zu legen; inzwischen wird etwas Milch und versüsstes Wasser genügen.

Kommt hingegen das Kind bleich und schwach zur Welt, mit Symptomen, die den von Erschütterung herrührenden gleichen, so darf eine Blutentleerung nicht gleich im ersten Augenblicke stattfinden. Das warme Bad, von einer hohen Temperatur, doch nicht zu lange fortgesetzt, weil dann vielmehr die Lebenskräfte deprimirt würden, Friktionen der Haut, Ammonium auf die Nasenlöcher, Senfteige auf die Füsse applizirt und die Injektion einer geringen Menge Weinmolken in den Magen, wozu einige Tropfen Aether hinzugefügt werden, müssen unsere sogleich anzuwendenden Mittel sein. — Es herrscht Uneinigkeit unter den Schriftstellern über die beste Methode, das Wasser zur Wiederbelebung todtgeborener Kinder anzuwenden. Meine eigenen Ansichten kann ich nicht besser darthun, als wenn ich folgende Stelle aus Marshall Hall's letztem Werke anführe: „Das wichtigste aller unserer Mittel in der angeborenen Asphyxie ist der plötzliche und kräftige Eindruck des kalten Wassers auf das Gesicht und die ganze Körperoberfläche. Die Quantität des Wassers braucht nicht gross zu sein, doch muss es plötzlich und mit Stärke angewandt werden. Die Temperatur darf nicht erniedrigt werden, im Gegentheil muss das Uebergiessen des kalten Wassers mit einem warmen Bade abwechseln, worauf Einhüllung in warmen Flanell folgt. Die Wirkung des Mittels steht im Verhältniss zur plötzlichen Einwirkung und der Energie der Abwechslung. — Das Kind wird in ein warmes Bad gesetzt und darauf mit warmem Flanell gerieben. Die plötzliche Uebergiessung des kalten Wassers wird dann besonders doppelt wirksam sein" [1]). In diesen Anweisungen, die meine volle Zustimmung haben, weicht Hall von Edwards in Paris und Schöller in Berlin ab [2]). Doch da ich keine Erfahrungen über diese Behandlungsmethode besitze, so bin ich, glaube ich, gerechtfertigt, selbst in theoretischer Hinsicht, wenn ich Edwards vortreffliche Experimente, als auf unseren Gegenstand anwendbar, verwerfe, wodurch er nämlich beweist, dass ein Thier im

---

1) *New Memoir of the Nervous System by Marshall Hall. London* 1843. *p.* 64.

2) Schöller empfiehlt, das Kind in ein Bad von kaltem Wasser zu setzen, und führt Fälle an, wo dies sich wirksam zeigte. — Medizin. Zeitung, 28. April 1841.

zur Welt gekommen sind; doch ist dies offenbar ungenau, das Wort bezeichnet in seiner eigentlichen pathologischen Bedeutung nur denjenigen Zustand, wo durch irgend eine Ursache der Eintritt reiner Luft in die Lungen direkt gehindert ist. Nun ist aber beim Fötus zur Zeit der Geburt keine Ursache der Art unter den gewöhnlichen Umständen vorhanden. Das Kind ist von einer gesunden Atmosphäre umgeben, deren Einathmung durch kein mechanisches Hinderniss gehemmt wird, und wenn das Athmen unvollkommen bleibt, so ist dies nicht Folge einer krankhaften Beschaffenheit der Lungen und in ihren Anhängen, sondern eines mangelnden Nerveneinflusses, von dem die die Respiration bildenden Muskelaktionen abhängen; und aus diesem Grunde müssen wir, wie ich schon angeführt habe, zu anderen Mitteln als zum künstlichen Lufteinblasen im ersten Augenblicke unsere Zuflucht nehmen. Es herrscht noch ein Unterschied zwischen einem neugeborenen Kinde und einem erwachsenen Menschen, der an Asphyxie leidet, was von den Schriftstellern nicht berücksichtigt worden, nämlich, dass letzterer an die Zirkulation des arteriellen Bluts gewöhnt ist, während beim ersteren dasselbe nie bisher vollkommen dekarbonisirt worden. Beim Erwachsenen ist die Reihe der Ereignisse, durch welche der Tod eintritt, wenn er von den Lungen ausgeht, folgende: Zuerst ein Aufhören der Respiration, während die Herzaktion fortdauert, dann Wirkung des venösen Bluts auf die Nervenzentren, durch dessen verderbliche Eigenschaften eine Abnahme der Sensibilität eintritt, und drittens eine Stockung in den Lungen. Es ist klar, dass unter diesen Umständen das Leben oft erhalten werden kann, wenn wir einen künstlichen Luftstrom der natürlichen Respiration substituiren. Doch beim Kinde, das noch gar nicht geathmet hat, sind die Dinge verschieden. Die Zentralorgane des Nervensystems waren noch nicht mit Blut angefüllt, das schon dem Athmungsprozess ausgesetzt gewesen; denn obwohl sicherlich eine Alteration in ihm durch die Thätigkeit der Plazenta und das Leben des Fötus [1]) und vielleicht auch durch die Thymusdrüse während des Intrauterinlebens stattgefunden, so behielt es doch die Beschaffenheit, die man die venöse nennt, bei, und unterscheidet sich sowohl in den Arterien wie in den Venen nicht von dem venösen Blute des Erwachsenen [2]). Bei asphyktischen Kindern sind

---

1) *On the Functions of the foetal Liver, by Lee and Prout*, in den *Philosophical Transactions*. 1829.

2) Müller's Physiologie. Bd. 1.

weichen Theile des Fötus so nachgiebig, dass er bisweilen entschlüpft, fast ohne eine Anstrengung von Seiten des Uterus.

Wir sollten daran denken, dass in Fällen von Erstickung das Herz seine Irritabilität noch einige Zeit, nachdem die Zirkulation aufgehört hat, beibehält, und dieses Umstands wegen uns abhalten lassen, die künstliche Respiration anzuwenden, und eifrig zu anderen Mitteln, die das entweichende Leben wiederherstellen, zu schreiten.

Wird ein Kind geboren, so sind Mund und Rachenhöhle gewöhnlich mit Schleim ganz angefüllt, der, wenn er nicht entfernt wird, den Eintritt der Luft verhindern und Asphyxie erzeugen kann. Dasselbe ist bisweilen der Fall, wie es zuerst von Herold in Kopenhagen angeführt worden, wenn die Trachea und die Bronchien mit *Liq. amnii* angefüllt sind, der nach Beclard's Beobachtungen wirklich durch reife Embryonen anstatt der Luft eingeathmet wird [1]).

Solche Fälle erfordern die sorgsame Entfernung des Schleims, so weit es angeht, entweder mittelst des Fingers oder leichter nach Gardien's Angabe mit einer in eine Auflösung von gewöhnlichem Salz getauchten Kompresse. Ist die Trachea verstopft, so hat Scheele vorgeschlagen, die Flüssigkeit mittelst einer biegsamen Röhre, an der eine Pumpe angebracht wird, zu entfernen [2]). Eine leichte ausführbare Methode ist die, den Kopf abwärts zu halten, den Thorax zu reiben, und wenn diese Mittel fehlschlagen, ein schwaches Emetikum zu verabreichen. Nach anscheinender Genesung müssen die Kinder sorgsam beobachtet werden, damit sie nicht in den Zustand, den man sekundäre Asphyxie nennt, verfallen.

Hierher muss man auch den Tod in Folge von *Spasmus glottidis* rechnen; doch kann ich nur auf diese Krankheit hinweisen, da ich nicht im Stande bin, irgend einen Aufschluss über ihre Pathologie zu geben. Ich habe Fälle dieser Affektion gesehen, wo, ohne auf den Befund Rücksicht zu nehmen, der von einer komplizirenden lokalen Entzündung abhängig war, weder vergrösserte Drüsen, wie sie Ley beschrieben, noch der Thymus von aussergewöhnlicher Grösse vorgefunden wurden, worauf Kopp und Hirsch in Königsberg und Dr. Montgomery ihre Aufmerksamkeit gerichtet haben; doch glaube ich, dass in manchen Fällen die Ansicht Marsh's die richtige ist, dass die Krankheit zuerst rein funktionell ist, wenn sie aber an Heftigkeit

---

1) Müller's Archiv, p. 240. 1841.

2) Deutsche Bibliothek, 3ter Theil.

liegt hier eine unvollständige Verschliessung der früheren Kanäle zum Grunde, oder eine Schwäche des Herzens selbst. Diese Symptome werden oft durch unerfahrene Wärterinnen herbeigeführt, die eine Ligatur um den Nabelstrang legen im Augenblick des ersten Athemzuges und ehe die Athmung hinreichend im Gange ist, um der Zirkulation eine neue Bahn zu eröffnen[1]). Hier sind Blutegel in der Herzgegend u. s. w. nöthig. Metrorrhagieen während der Schwangerschaft oder Entbindung können, wie bekannt, zum Tode und zum Abortus oder mangelnder Lebenskraft des Kindes bei der Geburt, wenn es zur rechtmässigen Zeit geboren wird, Veranlassung geben. Wir können nicht annehmen, dass dasselbe durch eine direkte Blutentleerung erfolgt; denn die Erfahrung lehrt, dass der Kreislauf der Mutter und der des Fötus, wiewohl sie eng mit einander in Verbindung stehen, dennoch von einander unabhängig sind, so dass, wenn auch der Mutter bis zum Entweichen des Lebens Blut entzogen wird, die Gefässe des Fötus dennoch nicht ihres Inhalts beraubt werden, was Wrisberg durch seine Versuche an Kühen erwiesen hat[2]). Es ist indess befremdend, einen so ausgezeichneten Schriftsteller wie Marc sagen zu hören, in Fällen von Loslösung der Plazenta und Ruptur des Uterus werde der Fötus blutleer[3]). Doch hat Ladmirault bewiesen, dass man im ersteren Falle diesen krankhaften Zustand nicht wegen Leerheit der Gefässe annehmen dürfe, denn bei der Sektion ergoss sich aus dem Herzen und den grossen Gefässen eine bedeutende Menge Blut. Er sollte vielmehr der Entziehung jenes eigenthümlichen Einflusses (von Einigen ohne hinreichenden Grund die Macht der Oxygenation genannt), den die Plazenta auf die ihr durch die Nabelarterien zugeführten Flüssigkeiten ausübt, zugeschrieben werden. Im letzteren Falle muss jener Zustand, den man als falsche Asphyxie angesehen hat, die Ursache des Todes sein, wenn die Kontenta des Uterus in die Bauchhöhle fallen; aber selbst, wenn der Fötus im Uterus bleibt, ist der tödtliche Ausgang nicht einer Entleerung der Gefässe, sondern

---

1) Die nachtheiligen Folgen der zu frühen Durchschneidung des Nabelstrangs sind von Eberle in seinem „*Treatise on the Diseases and physical education of Children*. 1837. *p*. 86.“ mitgetheilt.

2) S. Rigby in Tweedie's *Library of Mederine. Vol. V. p.* 34. *Lond.* 1841.

3) *Dans l'hémorrhagie ombilicale produite par le dévellement total ou partiel du placente, par la rupture de la matrie, le fétus presente tous les signes de l'anémie. — Art. Infanticide: Dict. de méd. ou Repertoire gén. des sciences médicales. Tom. VI. p.* 383.

ähnlichen Umständen in Gebrauch gezogen werden; horizontale Lage, Anwendung der Wärme und Gebrauch der Stimulantia (in manchen Fällen mit Opiaten) und passende Nahrungsmittel sind die hauptsächlichsten Indikationen. Derselben Methode sollte man sich bedienen, wenn das Kind wegen mangelhafter Ernährung in schwächlichem Zustande geboren wird; doch hier ist weniger Hoffnung zur Wiederherstellung, wie ich glaube, als in anderen Formen von bevorstehendem Tode. Indessen müssen wir sogleich mit der äusseren Wärme, reizenden Friktionen, Injektionen von Wein und anderen Mitteln, die wo möglich den Lebensfunken wieder anzufachen im Stande sind, Versuche anstellen. Künstliches Lufteinblasen kann hier versucht werden, doch, fürchte ich, wird es sich nicht oft nützlich bewähren. Bei gehinderter Zirkulation durch Druck auf den Nabelstrang ist von der Vollziehung der Operation mehr Erfolg zu erwarten, und diese Fälle sind es gerade, wo ihre schnelle und zeitige Anwendung von den glücklichsten Resultaten gekrönt ist, indem hierdurch die venösen Gefässstämme befreit werden und die Kontraktionen des Herzens sich wieder einstellen. Doch ist es nicht nöthig, seine Zuflucht dazu zu nehmen, ehe wir nicht das Schlagen auf den Hintern, kalte Uebergiessungen und andere dergleichen Mittel versucht haben.

Wir haben bereits gezeigt, dass Schädlichkeiten, die während der Geburt auf das Rückenmark einwirken, durch direkte Hemmung der Herzthätigkeit den Tod herbeiführen können, und müssen nun hinzufügen, dass, wie das Gehirn beim neugeborenen Kinde Sitz einer Kongestion werden kann, so auch das Rückenmark auf ähnliche Weise affizirt wird. Die Folge davon muss eine Lähmung der Respirationsorgane sein, denn die *Medulla oblongata* ist die Quelle, von der der Nerveneinfluss für die respiratorischen Bewegungen ausgeht [1]). Olivier bemerkt, dass diese Funktion ganz und gar, wenigstens bei den Säugethieren, vom Rückenmark abhängig ist [2]), und Wilson's Experimente haben bewiesen, dass die Einwirkung dieses Theils des Nervensystems auf das Herz nicht so direkt geschieht, als auf die Funktion der Lungen [3]). Ueberfüllungen des Rückenmarks mit Blut sind bei Kindern keineswegs selten, und diese Fälle gleichen, wegen der sie begleitenden heftigen Krämpfe, dem fast immer tödtlich werdenden *Trismus*

1) Müller's Physiologie, Bd. 1.
2) Olivier, *Traité de la moëlle épinière* etc. *Vol. I. p.* 64. *Paris* 1823.
3) Wilson *in Philosophical Transactions*, 1815.

neonatorum, doch unterscheiden sie sich von diesem durch die Beweglichkeit des Unterkiefers und die ungestörte Deglutition in den Intervallen der Anfälle.

Die Kongestion des Rückenmarks charakterisirt sich durch Konvulsionen der Extremitäten und zuweilen der Gesichtsmuskeln, besonders aber durch tetanische Krämpfe, die häufig unter der Form des Opisthotonus auftreten. Sie erfordert dieselben Mittel wie die Gehirnkongestion, nämlich lokale Blutentziehungen, Revulsiva, Kalomel mit James' Pulver verbunden u. s. w. Ich beabsichtige nicht, mich in Bemerkungen über das Wesen des Trismus einzulassen, noch an dieser Stelle die Wahrheit der von Dr. Colles aufgestellten Ansicht, dass er dem *Tetanus traumaticus* gleiche, indem er auf einer anomalen Trennung des Nabelstrangs beruhe, zu prüfen [1]).

Ich will hier einen Fall mittheilen, der dem Trismus sehr ähnlich war, und wo eine Kongestion des Gehirns und Rückenmarks zugleich stattfand. Während der Geburt eines Kindes war die Nabelschnur vorgefallen, doch wurde dieselbe ohne künstliche Hülfe beendet. Das Kind konnte nur mit grosser Mühe nach zweistündigen Anstrengungen ins Leben gerufen werden. Funfzehn Stunden nach der Geburt wurde es von klonischen Kontraktionen der Extremitäten befallen, die mit einem Geschrei begannen, indem die Hände und Füsse stark flektirt waren, und in dieser Stellung während des Paroxysmus verblieben. Der Mund war weit geöffnet und der Unterkiefer verharrte unbeweglich in seiner Stellung; vollständiger Opisthotonus, verhinderte Respiration, die ganze Körperoberfläche dunkel gefärbt. Warme Bäder, Blutegel im Nacken, Kalomel und Klystiere von *Asa foetida* wurden in Gebrauch gezogen. — Während des Tages stellten sich einigemal Konvulsionen ein, zwischen denen gewöhnlich nur ein Intervall von fünf oder zehn Minuten stattfand. Während der Anfälle,

---

1) Einige Sektionsberichte in Fällen von Trismus sind im 15ten Bande des *Edinb. Med. and Chir. Journal* von Dr. Labatt mitgetheilt worden, doch widersprach die Beschaffenheit des Nabels der Ansicht von Dr. Colles. — Einige Schriftsteller halten den *Trismus neonatorum* für heilbar, doch scheinen sie ihn mit den Konvulsionen, die in Folge von Kongestion des Rückenmarks entstehen, verwechselt zu haben. Hier ist der Mund entweder weit geöffnet, oder nach einer Seite verzogen, und wenn er durch den Krampf fest geschlossen ist, kann er mit Leichtigkeit geöffnet werden, wie in einem von Abercrombie mitgetheilten Falle, wo sich bei der Sektion des sieben Tage alten Kindes ein grosses und sehr festes Koagulum zwischen den Knochen und Membranen des Rückenmarks an der hinteren Fläche fand, welches sich längs der ganzen *Pars cervicalis* des Wirbelkanals erstreckte.

die mit einer tremulirenden Bewegung der Augenlider und Augen begannen, wurde das Gesicht dunkelroth, der Mund stand weit offen, die Hände und Füsse waren in unaufhörlicher Bewegung. Nach dem Paroxysmus sind die Hände fest geschlossen, die Daumen und Vorderarme stark flektirt. Eine fortwährende Bewegung des Kopfes von einer Seite zur anderen und ein Zucken der Gesichtsmuskeln findet statt, vom Oeffnen und Schliessen des Mundes, der zuweilen nach rechts gezogen wird, begleitet. Das Schlucken ist nicht gehindert. Die Pupillen reagiren gegen das Licht, doch scheint das Kind dasselbe nicht zu empfinden. Eine Mixtur von Terpenthin, Oel und *Tinct. Asae foetidae* wird verordnet, und mit dem Kalomel in Dosen von gr. β alle 3 Stunden fortgefahren. Am nächsten Tage dauern die Konvulsionen noch fort, im Laufe desselben stirbt das Kind. Bei dem Einschnitt in die Rückenmuskeln ergiesst sich eine bedeutende Menge flüssigen Blutes, und noch mehr war im Zellgewebe über der Duramater des Rückenmarks infiltrirt; diese Membran selbst war mit Blut überfüllt und die Gefässe im Wirbelkanal zwischen Duramater und hinterer Fläche der Wirbelkörper stark von Blut ausgedehnt. Etwas Serum befand sich im Wirbelkanal, das Rückenmark selbst aber anscheinend gesund. Die Sinus des Gehirns war mit Blut überfüllt; eine grosse Menge war zwischen der Duramater und den beiden Scheitelbeinen ergossen. Ein kleines Blutkoagulum lag auf der Arachnoidea, die den hinteren Theil des mittleren Lappens der rechten Hemisphäre bedeckt. Die Gefässe der Piamater waren bedeutend injizirt, und das Gehirn zeigte auf den Durchschnitten mehr Blutpunkte als im normalen Zustande.

Es ist merkwürdig, dass wir bei Kindern fast nie eine umschriebene Gehirnhämorrhagie finden. Findet Erguss statt, so breitet er sich fast immer über die Oberfläche der Membranen aus, daher so selten anhaltende Lähmung, wenn die Kinder diesen Zustand überleben.

Ich habe nun gezeigt, dass das, was man mit dem Namen primäre Konvulsionen belegt, von einem abnormen Zustande der grossen, zum Leben unbedingt nothwendigen Organe, des Gehirns und Rückenmarks, der Lungen und des Herzens, abhängig ist, und will ich jetzt noch einige Bemerkungen über Krankheiten des Nervensystems, die man sekundäre oder sympathische nennt, und die bei Kindern kurz nach der Geburt beobachtet werden, hinzufügen. Es ist allgemein bekannt, dass die Reizung schädlicher Stoffe im Darmkanal, sei es durch Zurückhaltung des Mekonium, oder durch unzweckmässige Nahrungs-

mittel, eine sehr fruchtbare Quelle solcher Affektionen ist. Bei der Untersuchung solcher Fälle zeigt es sich, dass die gastrointestinale Störung nicht allein spastische Zufälle hervorbringen kann, die offenbar mit einer Kongestion des Gehirns und Rückenmarks zusammenhängen, sondern auch das Nervensystem, durch Reflexthätigkeit, so zu affiziren vermag, ohne jene krankhaften Erscheinungen in den Nervenzentren.

Dr. Parrish, einer der Aerzte an dem Pennsylvania-Hospital zu Philadelphia, hat darauf aufmerksam gemacht, dass Konvulsionen bei Kindern oft durch Krampf des Darmkanals entstehen. Bei einem fünf Monate alten Kinde fand er nach dem Tode mehr als die Hälfte des Darmkanals unregelmässig kontrahirt. Manche Stellen, die fast mehr als einen Zoll im Umfang haben, liessen kaum einen Gänsekiel hindurch, andere schienen wie mit einem Faden zusammengeschnürt zu sein, und ihr Kaliber war fast obliterirt. Das Netz war zusammengefaltet wie ein dünner Strang und lag auf dem *Colon transversum* auf [1]). Bei einem Kinde entstanden Konvulsionen, weil es in Folge einer angeborenen Einschnürung des *Colon transversum*, das so dünn war, wie ein Band, das Mekonium nicht entleeren konnte.

Durch eine weitläufige Auseinandersetzung der in solchen Fällen erforderlichen Behandlung würde dieser Aufsatz zu umfangreich werden. Ich will mich indessen mit der allgemeinen Bemerkung begnügen, dass die Konvulsionen fast dieselben vorher angegebenen Mittel erfordern, je nach dem früheren Zustande des kleinen Kranken, und dass wir ausser den Medikamenten, welche den abnormen Zustand der Darmausleerungen beseitigen sollen, besonders für eine gesunde Nahrung Sorge zu tragen haben. Wird das Kind aufgefüttert, so muss eine gesunde Amme angeschafft werden, und erhält es die Brust, so muss die Milch einer anderen Amme versucht werden, und wir dürfen nicht mit einmaligem Wechsel zufrieden gestellt sein, sondern wieder und wieder die Amme vertauschen, bis eine für das Kind passende Milch gefunden ist. In Betreff des Gebrauchs des Opiums bei Konvulsionen der Kinder will ich bemerken, dass, so lange die Konvulsionen dauern, dasselbe nicht angewandt werden darf, nach ihrer Beseitigung hingegen ein sehr nützliches Mittel ist, da es die Reizbarkeit mildert und den Organismus umstimmt, wovon die Fortdauer der Konvulsionen häufig abhängt.

Die Aufmerksamkeit der Aerzte ist vor Kurzem auf den Zustand

1) *North American medical and surgical Journal.* Januar [illegible].

gerichtet worden, wo paralytische Affektionen bei Kindern, ohne von einer Krankheit des Gehirns oder Rückenmarks abhängig zu sein, eintraten. Underwood bemerkte, dass bedeutende Gehirnkrankheiten nicht immer vorhanden waren, und Marshall Hall hat einige Beobachtungen über Paralysis, die von der Dentition abhing, mitgetheilt; doch sind in den Aufsätzen meiner Freunde, des Dr. Henry Kennedy [1]) in Dublin und Dr. Charles West [2]) in London die wichtigsten Betrachtungen über diesen Gegenstand zusammengestellt. Alterantia, wie die Merkuralien, Abführmittel und Bäder, sind hier die zu empfehlenden Mittel; ferner die Douche auf die affizirten Theile und reizende Einreibungen. Sind die Darmentleerungen regelmässig geworden, so sind Tonika, besonders Eisen, anzuwenden. Tritt die Krankheit zur Dentitionsperiode auf, indem die Dentition eine nicht seltene Ursache der Paralyse zu sein scheint, so muss das Zahnfleisch dreist skarifizirt werden. Die Affektion scheint mir in der That der Neuralgie sehr ähnlich zu sein, die aus einer gleichen Quelle bei Erwachsenen entspringt, nur dass eine verschiedene Reihe von Nerven ergriffen ist. Vernachlässigt, werden diese Fälle chronisch und zuletzt wahrscheinlich unheilbar. Ich habe vor Kurzem zwei Kranke in schon vorgerückterem Alter gesehen, wo das Hinken offenbar mit einem unordentlichen Zustande des Darmkanals in Zusammenhang stand; in einem derselben war es mit *Incontinentia urinae* verbunden [3]).

Der Vollständigkeit wegen muss ich noch anführen, dass Kinder in manchen Fällen zu Konvulsionen prädisponirt zu sein scheinen durch den Zustand der Mutter während der Schwangerschaft und Geburt. Indessen dürfte es uns sehr schwierig werden, eine Kommunikation zwischen dem Gefäss- und Nervensystem der Mutter und des Kindes zu erweisen; es fehlt nicht an Beispielen, wo Gemüthsaffekte und Entmischungen des Bluts von der ersteren auf das letztere übertragen wurden. Zu allen Zeiten zeigt die Zirkulation im Unterleib und Uterinsystem bei Frauen eine grosse Geneigtheit durch Störungen im Nervensystem beeinträchtigt zu werden, und so kann es auch vorkommen, dass ein Schreck der Mutter während der Schwangerschaft die Ur-

---

1) *H. Kennedy on paralytic Affections of Children. Dublin Medical Press. Vol. VI. p.* 201.

2) *Ch. West on some forms of Paralysis incidental to infancy and Childhood.* S. dieses Journal Band I. Heft 6. S. 408.

3) Die Krankheit unterscheidet sich wesentlich von der auf das remittirende *Fieber* der Kinder folgenden Paralyse.

sache nervöser Affektionen beim Kinde nach der Geburt sein kann. So berichtet Gölis, dass im Jahre 1809 die meisten der nach dem Bombardement Wiens geborenen Kinder zwanzig oder dreissig Tage nach der Geburt von Konvulsionen ergriffen wurden und starben. Reid hat in St. Giles' Arbeitshaus eine mit Chorea behaftete Frau in Behandlung gehabt, deren Mutter Folgendes über die Geschichte der Krankheit aussagte: Als sie im vierten Monate der Schwangerschaft gewesen, sei ein schreckenerregender, widriger Gegenstand auf ihre Brust gefallen. Sie befand sich aus dieser Ursache zwei Monate hindurch in einem äusserst krankhaften nervösen Zustande; doch genass sie und kam zur gehörigen Zeit nieder. Sie beobachtete indessen, dass die Bewegungen des Kindes im Uterus sehr lebhaft waren, so dass sie zuweilen ohnmächtig dadurch wurde. Gleich nach der Geburt zeigten sich die charakteristischen Choreabewegungen beim Kinde, die seitdem (die Kranke ist 30 Jahre alt) fortgedauert haben. Ihr Kopf war sehr klein und schmal, sie war sehr mager und schwächlich, und ihre Intelligenz wich wenig von der im vollständigen Idiotismus ab [1]). Konvulsionen treten also häufig bei Kindern Derer auf, die selbst während der Schwangerschaft oder Geburt daran gelitten haben. Krankheiten der Eltern, durch welche der Fötus angesteckt wird, können ferner eine Quelle der Konvulsionen im kindlichen Alter durch Depression der Lebenskraft abgeben; so enden viele Fälle, wo eine syphilitische Färbung der Haut stattfindet, tödtlich. Auf dieselbe Weise können während der Schwangerschaft verordnete Medikamente, wie bekannt, den Fötus im Uterus affiziren, und es ist auffallend, dass es nicht immer diejenigen sind, welche man Kindern mit grosser Vorsicht geben muss. So ertragen Kinder die Merkurialpräparate gut, und sie können lange Zeit, selbst in den ersten Tagen, ohne Nachtheil angewandt werden, während sie, der Mutter gereicht, in den letzten Monaten der Schwangerschaft sehr oft das Leben des Fötus beeinträchtigen, oder, wie ich mich noch eines Falls erinnere, wo Merkur nöthig war zur Bekämpfung einer Peritonitis vor der Geburt, zu Konvulsionen prädisponiren, wenn das Kind lebend geboren wird. Andererseits kann das Opium, welches so leicht nachtheilig auf Kinder wirkt, Schwangeren mit der grössten Sicherheit verordnet werden. Ich habe vom Dr. Collins gehört, dass er einer Kranken einen Gran Opium drei-

---

1) *London Medical Gazette. Vol. XVI. p. 287.*

mal täglich, drei Monate vor der Entbindung gab, und das Kind keneswegs dadurch litt.

Es bleibt mir noch übrig zu erwähnen, dass spastische Affektionen oder Lähmung gewisser Muskeln, die ihrem Wesen nach rein lokal ist, von Verletzung eines Nerven während der Entbindung, entweder durch Druck gegen einen Widerstand leistenden Punkt des Beckens, wie es besonders bei Gesichtslagen geschieht, oder durch Applikation der Zange an dem Kopf oder des stumpfen Hakens in der Schaambuge herrühren kann. Beispiele von Lähmung des *N. facialis*, in Folge der Anwendung der Zange, sind von Kilian, Dubois, Evory Kennedy und Landouzy mitgetheilt worden, und zur Erklärung ihres häufigen Vorkommens verdient eine Bemerkung des letzten Autors hier mitgetheilt zu werden. Beim Erwachsenen, sagt er, macht die Hervorragung des ***Processus mastoideus***, des äusseren Gehörgangs und des ***M. sternocleidomastoideus*** die Kompression des *N. facialis*, wo er aus der Schädelhöhle hervortritt, fast unmöglich; beim Kinde hingegen während der Geburt lässt die Lage dieser Theile in einer Ebene leicht eine Verletzung zu [1]). Mir *selbst sind* nur zwei Fälle dieser Affektion vorgekommen. Der eine betraf ein Kind, welches nach zwanzigstündiger Dauer der Geburt mit der Zange hervorgezogen wurde, der Kopf war gross und die Schläfe durch das Instrument mit Eindrücken versehen. Der Mundwinkel war nach einer Seite hin verzogen; Ptosis des Auges jener Seite war vorhanden, und das ganze Gesicht beim Schreien verzerrt. Bei dem anderen, ebenfalls mit der Zange entbundenen Kinde war eine Wunde hinter dem linken Ohre vorhanden, mit Paralyse dieser Gesichtshälfte. In beiden Fällen erhielten die Muskeln allmälig ihre Kraft wieder, als, wahrscheinlich in Folge derselben Ursache, die die damals herrschende *Peritonitis puerperalis* erzeugte, ein ***Erysipelas phlegmonodes*** der Kopfhaut sich bildete und den Tod herbeiführte.

---

1) *Gazette médicale de Paris.* 10. August 1839.

II. Analysen und Kritiken.

Neue Untersuchungen über einige Krankheiten der Lunge bei Kindern.

(*Nouvelles recherches sur quelques maladies du poumon chez les enfants par MM. Legendre et Bailly, docteurs en médecine, anciens internes de l'Hôpital des enfans malades. Paris* 1844.)

(Abgedruckt in den *Archives de médecine.*)

„Niemand erwartet, sagen die Verfasser, dass wir in Betreff der Pneumonie der Kinder noch etwas Neues zur Vervollständigung eines schon geschlossenen Kapitels hinzufügen könnten." In diesem Falle befinden sie sich aber im Irrthum. Denn es giebt in der Medizin keinen Gegenstand, der nicht noch viel Aufklärung erfordert, und am besten beweisen dies diese neuen Untersuchungen unserer Verfasser selbst über einige Krankheiten der Lungen. Die oben angeführten Worte bilden aber nur eine Art von Einleitung zu den folgenden: „Wir verwerfen die allgemein angenommene Lehre von der lobulären Pneumonie der Kinder, und stellen dafür die der katarrhalischen Entzündungen auf; wir sind der Meinung, dass man Zustände für Pneumonie genommen hat, die es nicht waren, dass man die Krankheiten, die hätten gesondert werden müssen, zusammenwarf, und diejenigen, die zusammen gehörten, sonderte."

Legendre und Bailly machen uns mit einer eigenthümlichen Beschaffenheit der Lunge bekannt, die sie den fötalen Zustand nennen. Es geht daraus hervor, dass die lobuläre Pneumonie gar nicht existirt. Unter den Namen ***Pneumonia catarrhalis*** werden in dieser Abhandlung die allgemeine lobuläre Pneumonie und die ***Bronchitis capillaris*** oder ***vesicularis*** vereint, die früher als zwei gesonderte Krankheiten beschrieben wurden, weil man die Charaktere der ***Pneumonia catarrhalis*** verkannte.

Wir brauchen hier Nichts mehr hinzuzufügen, um den Leser von der Wichtigkeit der in Rede stehenden Arbeit zu überzeugen.

Vom fötalen Zustande. — Um jede Verwechselung zu vermeiden, haben Legendre und Bailly mit dem Namen fötaler Zustand ein Krankheitsprodukt belegt, das sie von den mit den Namen Karnifikation, Splenifikation, ***Pneumonia*** und ***Hyperaemia hypostatica*** belegten sondern.

Dieser Zustand findet sich nirgends als besondere Krankheit beschrieben; er wird immer mit Affektionen verschiedener Natur verbunden, und fast immer als eine eigenthümliche Form der Entzündung der Lunge aufgeführt. Rufz ist der Einzige, der Zweifel über seine entzündliche Natur erhoben hat. Bei diesem krankhaften Zustande sind, sagen Legendre und Bailly, die antiphlogistischen Symptome deutlich nachweisbar; sie fügen hinzu, dass die negativen Zeichen der Entzündung sich auch in allen Beschreibungen der lobulären Pneumonie auffinden lassen, und gelangen zu dem Schlusse, dass die sogenannte Pneumonie der Kinder hauptsächlich sich dadurch von der der Erwachsenen unterscheidet, dass sie nicht-entzündlich ist. Es findet, ihren Untersuchungen zufolge, kein entzündlicher Prozess bei den Verhärtungen statt, die man in den Lungen einer grossen Anzahl von Kindern, welche am Lungenkatarrh und oft in Folge von Krankheiten anderer Organe starben, antrifft. Diese Indurationen, bis jetzt als zerstreute Heerde einer lobulären Pneumonie betrachtet, sind nach ihnen nichts Anderes als Theile der Lungen, die die anatomische Beschaffenheit, welche das Organ vor dem Eintritt der Respiration darbot, wieder angenommen haben.

Nachdem die Verf. die Charaktere des fötalen Zustandes der Lunge beschrieben haben, stellen sie die Frage auf, ob diese Charaktere für eine besondere, streng von der Entzündung geschiedene Affektion pathognomonisch seien, und beantworten dieselbe durch eine Vergleichung der anatomischen Erscheinungen des fötalen Zustandes und derer des krankhaften in der Pneumonie. Die anatomischen Verschiedenheiten zwischen diesen beiden Zuständen beweisen auch die verschiedene Natur der krankhaften ihnen entsprechenden Affektionen. Der entscheidendste Beweis dieses Unterschiedes ist die Rückkehr der Lungenläppchen zum physiologischen Zustande, wenn man Luft einbläst. Diese Erscheinung schliesst nothwendig jede Idee von Entzündung aus. Die Verf. stellen das Lufteinblasen als ein schätzbares Mittel hin, um die wahre Pneumonie von der falschen zu unterscheiden, und bekämpfen die Meinung des Dr. Bouchut, welche er in seiner Thesis aufstellt, dass nämlich in allen Fällen die hepatisirte Lunge im zweiten und dritten Grade sich durch die Luft ausdehnen lasse, wieder krepitire und auf dem Wasser schwimme.

Man müsste Zeuge sein von den von Bouchut und unseren Verf. angestellten Experimenten, um seine Meinung danach zu begründen.

Die Verf. nehmen zwei Varietäten des fötalen Zustandes der Lun-

gen an; die erste, einfachen fötalen Zustand, beobachtet man im Kinderhospitale bei Individuen von 15 Monaten bis zu fünf Jahren. Sie findet sich an den Stellen, die im Inneren der Lunge der Einwirkung der Luft am meisten entzogen sind.

Nachdem sie die Autoren Berton, de la Berge, Brunet, Rufz, Rilliet und Barthez angeführt haben, die schon vor ihnen die Erscheinungen, die sie mit dem Namen fötaler Zustand belegt, beobachteten, machen sie die Bemerkung, dass alle diese Schriftsteller einige Charaktere dieses Zustandes zwar sehr gut beschrieben haben, jedoch anstatt dass sie über die wahre Natur der Alteration aufgeklärt wurden, vielmehr durch sie vom rechten Wege abgeleitet wurden, indem sie sie als deutliche Symptome der Pneumonie der Kinder betrachteten, während sie nur die Negation der Pneumonie waren.

Die zweite Varietät ist der kongestive fötale Zustand. Die Charaktere desselben könnten eine wirkliche lobuläre Pneumonie vermuthen lassen.

Der fötale kongestive Zustand mit der katarrhalischen Entzündung der Lungenläppchen vereint, der bei Kindern zwischen 2 und 5 Jahren ziemlich grosse Strecken des hinteren Randes der Lungen ergreift, schliesst die unter dem Namen allgemeine lobuläre Pneumonie beschriebenen Alterationen in sich, welche von unseren Verf. streng von der wirklichen Hepatisation geschieden werden.

Diese Varietät ist die einzige, die man bei Neugeborenen antrifft. Es giebt Beispiele dieser Alteration, welche die Schriftsteller als Fälle von einfacher oder doppelter lobulärer Pneumonie aufgeführt haben.

Die Kongestion bietet in diesem Falle verschiedene Abstufungen von einem Zustande dar, der sich der vorhergehenden Form nähert, bis zu einer Art von *Apoplexia pulmonum.*

Die Pleuritis, selbst im schwächsten Grade, wird eben so selten bei dem fötalen kongestiven Zustande beobachtet, wie sie sich häufig zu der wirklichen Pneumonie hinzugesellt.

Die Entwickelung des fötalen Zustandes wird durch die angeborene Schwäche der Kinder und durch die, welche in Folge langer Krankheiten und schwächender Heilmethoden eintritt, begünstigt. Man beobachtet diesen Zustand besonders bei Kindern, die in Folge lang andauernder Diarrhöen unterliegen und kein Symptom von Seiten der Respirationsorgane dargeboten haben. Der *Catarrhus bronchialis* trägt, indem er das Eindringen der Luft in die Lungenbläschen verhindert, viel dazu bei. Zu den Ursachen, die ferner diesen Zustand

begünstigen, zählen die Verf. die mittelst Wickelbänder ausgeübte Zusammenschnürung der Brust, die fortdauernde Rückenlage, welche die Thätigkeit der Lunge hemmen; ferner gehört hierher der Mangel der Lufterneuerung, und besonders ihre schlechte Beschaffenheit, die sie zur Hämatose ungeeignet macht.

Der fötale Zustand, sei er einfach oder kongestiver Natur, von geringer Ausdehnung oder lobulär, kann nur vermuthet werden, und zwar dann, wenn eine chronische Affektion und besonders ein Bronchialkatarrh sich bei einem Kinde unter dem Einfluss der aufgezählten Ursachen entwickelt.

Der fötale Zustand, der einen grossen Theil eines Lungenlappens einnimmt, offenbart sich durch die Abnahme des sonoren Tons der Brust, durch Schwäche des Athmungsgeräusches, durch die Symptome der ihn begleitenden *Pneumonia catarrhalis*, welche wiederum die des fötalen Zustandes modifiziren. Man muss grösstentheils dem fötalen kongestiven Zustande des hinteren Randes der Lungen das schwache Ahmungsgeräusch und den matten Ton, welche die Rasselgeräusche begleiten, zuschreiben.

Die Mittel, welche geeignet sind, den fötalen Zustand zu verhindern und zu beseitigen, wenn er sich entwickelt hat, dürfen nicht, wie die Schriftsteller nach ihrer Ansicht über das Wesen der Alteration behaupten, mit der Klasse der antiphlogistischen, ableitenden oder revulsorischen entnommen werden, weil keine Entzündung vorhanden ist, und weil ein solches Verfahren die Schwäche, die Hauptursache der Krankheit, vermehren würde. Die erste Indikation ist, die Ursachen zu entfernen. Wenn eine Krankheit eine bedeutende Schwäche und Abmagerung erzeugt hat, so muss man eine milde und gleichmässige Temperatur um das Kind herum unterhalten. Man muss es, dem Rathe der Verf. zufolge, häufig auf den Arm nehmen und im Zimmer umhertragen. In der Wiege muss man oft die Lage verändern, und es nur kurze Zeit hindurch auf dem Rücken liegen lassen. Trockene und aromatische Friktionen des ganzen Körpers und tonische Mittel müssen, sobald es die Krankheit erlaubt, angewandt werden.

Ist eine weitverbreitete und heftige katarrhalische Entzündung von Reaktionserscheinungen begleitet, so muss man sich hüten, den Kranken in einen Schwächezustand zu versetzen, der den schon durch die Entzündung bedingten fötalen Zustand nur steigern würde. Man wird

daher sobald als möglich Tonika mit den antiphlogistischen Mitteln vertauschen.

Von der partiellen Pneumonie. — Man muss diesen Namen, sagen Legendre und Bailly, einer Affektion beilegen, die auf die Lungenläppchen allein beschränkt ist, und in ihrer Entwickelung das interstitielle Zellgewebe verschont. Eine solche Affektion muss von den Bronchien selbst ausgehen. Dies ist nun besonders im fötalen Zustande und in der *Pneumonia catarrhalis* der Fall, wo die Bronchialschleimhaut primär affizirt ist. Daher sind diese Krankheiten wirklich lobuläre. Findet nun aber dasselbe in der Art der Pneumonie, die unsere Verf. die parenchymatöse nennen, statt?

Dieselben nehmen zwei verschiedene Arten von partieller Hepatisation an; die eine, von unregelmässiger Form, ist die gewöhnliche Pneumonie, die andere, von rundlicher warzenartiger Form (*mamelonnée*) wird durch ziemlich zahlreiche Entzündungskerne gebildet.

Die Symptome, mittelst deren sich während des Lebens die zerstreuten Hepatisationen erkennen lassen, sind sehr dunkel. Die Beschleunigung der respiratorischen Bewegungen, das Gefühl von Oppression, kommen in Fällen vor, wo die Lungen gesund sind, und diese Symptome scheinen dann von der allgemeinen Störung der Innervation abhängig zu sein, eben so wie der Husten vielmehr Wirkung des heftigen Fiebers zu sein scheint, als eines Ergriffenseins der Athmungsorgane. Endlich fehlen die Sputa oder sind unbedeutend, oder erregen in den seltenen Fällen, wo sie vorhanden, eher Verdacht, als dass sie charakteristisch sind. Indess, fügen die Verf. hinzu, kann man die Bildung einer umschriebenen, abgeschlossenen Hepatisation vermuthen, wenn mit einem heftigen Fieber, das keinem anderen organischen Leiden zugeschrieben werden kann, Husten und Dyspnoe verbunden ist. Soll die langgezogene Exspiration die Geltung haben, die ihr Rilliet und Barthez zuertheilen, so darf sie nicht von den Rasselgeräuschen des Katarrhs begleitet sein, denn dann muss man eher die Bildung von Anschoppungen einer *Pneumonia catarrhalis* annehmen.

In Betreff der Behandlung muss man zu denselben Mitteln schreiten, wie in der gewöhnlichen lobulären Pneumonie, vielleicht mit etwas geringerer Energie.

Der dritte Theil der Arbeit hat die ***Pneumonia catarrhalis*** bei Kindern zum Gegenstand. Gleich im Anfang kündigen die Verf. an, dass sie die bis jetzt von den Schriftstellern gesonderten Krankheiten, wie die allgemeine und partielle *Pneumonia lobularis*,

die *Bronchitis capillaris*, oder den *Catarrhus suffocativus*, nur für verschiedene Formen einer und derselben Affektion halten.

Dieser Ausspruch ist nicht nur eine Ansicht unserer Verfasser, sondern um die Wahrheit desselben zu beweisen, gehen sie die Arbeiten ihrer Vorgänger über diesen Gegenstand durch. Dieses Studium führte sie zur Begründung ihrer Meinung, die sie sich in Folge ihrer anatomisch-pathologischen Nachforschungen gebildet hatten. So charakterisiren gewisse von Rilliet und Barthez beschriebene anatomische Befunde, die der *Pneumonia lobularis* zukommen, nach Legendre und Bailly auch die *Pneumonia catarrhalis;* so bilden eine Entzündung der kapillären Bronchien und der Lungenzellen und einzelne Entzündungsheerde um tuberkulöse Exkavationen und wirkliche Abzesse einen eigenthümlichen, mit dem Namen Karnifikation bezeichneten Zustand.

Wenn Fauvel in seiner Thesis über die *Bronchitis capillaris* diese Krankheit als eine von der lobulären Pneumonie getrennte Affektion betrachtet, so lässt sich dies daraus erklären, dass in den Fällen, die er beobachtete, der tödtliche Ausgang schnell erfolgte und im Lungenparenchym nicht sehr ausgebreitete und eingreifende Veränderungen zurückliess, dass die Entzündung der kleineren Bronchialäste und Lungenzellen vorherrschend war, dass Fauvel nicht alle violett gefärbten, harten, keine Luft enthaltenden Läppchen für hepatisirte, sondern für einfach mit Blut überfüllte (fötaler Zustand) hält. Indess stimmen, wie Legendre und Bailly behaupten, die von Fauvel beschriebenen anatomischen Veränderungen in der *Bronchitis capillaris* mit denen, welche seine Vorgänger der von ihnen mit dem Namen *Pneumonia lobularis* belegten Krankheit zugeschrieben haben, genau überein; so waren die kleinen Bronchialäste der Sitz einer weitverbreiteten und komplizirten katarrhalischen Entzündung in der Hälfte der Fälle, wo sich Pseudomembranen gebildet hatten; die Lungenzellen waren an sehr vielen Stellen gleichfalls Sitz einer eitrigen Infiltration; es war eine gewisse Anzahl mit Blut überfüllter oder hepatisirter Läppchen vorhanden.

Der einzige Unterschied zwischen den von Fauvel und den von seinen Vorgängern beobachteten Fällen ist das Vorherrschen der Affektion der Bronchien.

Barrier belegt mit dem Namen *Hepatisatio pseudo-lobularis* den Zustand des Lungengewebes, den Rilliet und Barthez allgemeine lobuläre Pneumonie nennen; indem er aber von den

Wesen der lobulären Pneumonie spricht, sagt er: „Nichts ist augenscheinlicher als die komplizirte Beschaffenheit dieser Krankheit, wo eine Affektion der Bronchialschleimhaut und des Lungengewebes zugleich besteht, und die aus einer katarrhalischen Entzündung und einer parenchymatösen zusammengesetzt ist u. s. w."

Diesen Betrachtungen zufolge nehmen unsere Verff. die Existenz einer Krankheit, die sich durch eine katarrhalische Entzündung der Bronchien und Lungenzellen charakterisirt, an; daher der Name *Pneumonia catarrhalis*, den sie für dieselbe vorschlagen. Auf diese Krankheit beziehen sich die falschen Peripneumonieen der alten Schriftsteller.

Hierauf gehen die Verff. zu den anatomischen Veränderungen über und besprechen dann den Verlauf der Krankheit. Die *Pneumonia catarrhalis* kann entweder chronisch werden, oder den Ausgang in Genesung nehmen. Im letzteren Fall nimmt die Beklemmung und Hitze der Haut am Tage ab. Dennoch bleibt der Puls immer frequent. Der Durst ist nicht so lebhaft, der Appetit kehrt zurück; aber alle Abend röthen sich die Wangen; dann findet *Oppressio pectoris*, Steigerung der Hauttemperatur, Husten statt, der Puls wird frequenter; die kleinen Kranken essen mit Appetit, und dennoch magern sie ab und werden immer schwächer. Im letzten Stadium ist der Husten heiser, hohltönend, und bei Kindern über fünf Jahren findet Auswurf einer grossen Menge von schleimig-purulenter Flüssigkeit statt. Der krankhafte Zustand der Lunge bleibt entweder unverändert oder geht in den der Karnifikation über. Da der Verlauf, den die Krankheit in solchen Fällen nimmt, mit der langsam fortschreitenden Tuberkulosis der Lunge viel Aehnlichkeit hat, so können erst nach dem Tode die Vermuthungen zur Gewissheit werden. Diese Veränderungen sind ein matter Ton in weiterem Umfange; ein stärkeres, gleichsam kavernöses Athmungsgeräusch; ein grossblasiges Schleimrasseln, dem Gargouillement gleichend; grosse Schwäche, Anschwellung des Gesichts, ödematöses Schwellen der Beine, Tod ohne Agonie.

In den Fällen, wo Genesung eintritt, nimmt das Fieber, die Beklemmung und der Husten ab, und der Appetit stellt sich wieder ein. Die Besserung dauert auch am Abend fort. Die lokalen Symptome, einige Tage hindurch stationär, bessern sich; nach und nach verschwindet das Bronchialathmen und die Bronchophonie, man hört nur noch subkrepitirendes Rasseln, das auch bald aufhört.

Behandlung. Wenn man es für nöthig erachtet, das entzünd-

liche Stadium der katarrhalischen Krankheiten mittelst Blutentleerungen zu bekämpfen, so darf dies nicht in der Hoffnung geschehen, die Affektion in ihrem Verlaufe aufzuhalten, sondern nur ihre Heftigkeit zu mildern. Bei Kindern zwischen zwei und fünf Jahren, die an *Pneumonia catarrhalis* leiden, muss man im Hospital ohne Bedenken Blutentleerungen anstellen; in der Privatpraxis darf man nur mit der grössten Vorsicht dazu schreiten.

Legendre und Bailly stellen die folgenden vier Indikationen auf:

1. Die Heftigkeit des entzündlichen Stadiums zu mässigen. Ist das Kind sehr kräftig, die entzündliche Reaktion bedeutend, so muss man mit einer Blutentziehung beginnen; kann der Aderlass am Arme nicht gemacht werden, so setze man Blutegel in geringer Menge an die Knöchel, was der Applikation auf die Brust vorzuziehen ist. Die Verf. ziehen die Anwendung des *Tart. stibiat.* in grossen Dosen bei Kindern von zwei Jahren jedem anderen Mittel vor; man beginnt mit gr. ij, steigend bis auf gr. iv, in ℥ij Vehikel aufgelöst, alle zwei Stunden einen Kinderlöffel voll. Der *Tart. stibiat.* kann sieben und selbst eilf Tage lang ohne irgend einen Nachtheil fortgegeben werden. Zu demselben Zwecke kann man das *Antimon. oxydat. album* (gr. v bis ℈j bei Kindern von 2 bis 5 Jahren) und den Kermes (gr. $\frac{1}{3}$ bis gr. j$\frac{2}{3}$ in einer schleimigen Mixtur aufgelöst) anwenden. Die Verff. haben jedoch zu diesen beiden Mitteln kein so grosses Zutrauen, wie zum *Tart. stibiatus.* Es giebt eine Form von *Pneumonia catarrhalis,* wo diese Mittel besonders angezeigt sind, nämlich in der pneumonischen Form, wo die Krankheit einen langsameren Verlauf nimmt und die durch Auskultation und Perkussion gelieferten Symptome das Vorhandensein einer ausgebreiteten und bedeutenden entzündlichen Kongestion des hinteren Randes beider Lungen darthun; hat hingegen, fahren sie weiter fort, die Krankheit die Bronchial-Form, herrscht das katarrhalische Element vor und droht Asphyxie, so muss man die Ausstossung des Produkts der katarrhalischen Sekretion, das die Bronchien verstopft, befördern; in solchem Falle muss man noch zu einem Emetikum seine Zuflucht nehmen.

2. Den Auswurf der Produkte der katarrhalischen Sekretion zu begünstigen. Die Kinder schlucken bis zum fünften oder sechsten Jahre die Sputa bei jedem Hustenanfalle herunter. In diesem Falle ist die Anwendung der Brechmittel indizirt, um die Ausstossung des Sekrets der Bronchialschleimhaut zu befördern und den Magen von den

Produkten der Expektoration zu befreien. Wenn bei schwächlichen Kindern die eitrige und zähe Flüssigkeit, die die Bronchien verstopft, durch die Erschütterungen beim Brechen nur ihre Stelle verändert, so müssen die Brechmittel täglich oder alle zwei Tage wiederholt werden. Kinder ertragen diese Methode leicht; man giebt entweder gr. j *Tart. stibiatus* in einem Glase Wasser gelöst, in drei Dosen von 10 zu 10 Minuten, oder das *Pulv. Ipecacuanhae* in der Dosis von gr. v, oder den *Syrup. Ipecacuanhae* zu ℥j bis ʒx.

In der Bronchial- oder suffokativen Form der *Pneumonia catarrhalis* ist die dringendste Indikation die Beförderung der Ausstossung des Sekrets der Schleimhaut. Wiederholte Brechmittel täglich oder selbst mehrere Male des Tages. Blutentziehungen sind in solchen Fällen schädlich.

3. Die Kräfte des Kindes aufrecht zu erhalten. Es ist von der höchsten Wichtigkeit, dass die an dieser Krankheit leidenden Kinder so lange als möglich hingehalten werden, und so das Stadium der Krankheit erreichen, wo sie im Abnehmen begriffen ist. Die Verfasser führen als Beispiel die verständige Behandlung Baudelocque's an. Nachdem er einige Zeit lang entweder den *Tart. stibiatus* in grossen Dosen oder als Brechmittel, oder einen Linctus mit *Antimonium oxydatum album* oder Kermes angewandt hat, zögert er nicht, wenn er sieht, dass die Schwäche des Kindes zunimmt, selbst wenn die Haut noch heiss und trocken, der Puls frequent ist, die *Aqua Malvae* mit einem exzitirenden Vehikel und den Linctus mit *Syrup. Chinae* zu ʒvj bis ℥j zu vertauschen. Hierdurch werden die Kräfte des Kranken unterstützt, der Auswurf des katarrhalischen Sekrets befördert, dessen Zurückbleiben eine fortwährende Quelle von Reizung ist. Auf diese Weise mindern die Tonika das Fieber und die Beklemmung. Kleine Kinder vertragen eine strenge Diät nicht gut, und es ist keinesweges nachtheilig, ihnen etwas Bouillon und Milch zu reichen.

4. Die Menge des katarrhalischen Sekrets zu vermindern. Zu diesem Zwecke rühmen die Verff., wie de la Berge, ein *Decoct. Baccarum Juniperi*, oder der Tannenzapfen mit *Syrup. de Tolu* versüsst, wenn die Krankheit chronisch zu werden droht, oder die Schwefelwasser mit Milch versetzt, und in Dosen, die dem Alter der Kinder angemessen sind.

Die Verff. sind der Ansicht, dass die Applikation eines Blasenpflasters auf den Arm vollkommen hinreichend ist, um den Bronchial-

katarrh zu bekämpfen und so die Ausbildung der *Pneumonia catarrhalis* zu verhüten. Ist die letztere Affektion eingetreten, so halten sie die Applikation von Blasenpflastern zwischen den Schultern und auf den Seiten der Thorax nicht für erfolgreich. Oft werden die der Epidermis beraubten Stellen in Kinderhospitälern der Sitz brandiger Ulzerationen. Sie ziehen die Einreibungen mit 8 bis 10 Tropfen *Ol. Crotonis* in den Rücken vor. Sie wickeln die Füsse in Kataplasmen von *Sem. Lini* ein, deren Wärme mittelst Stücke Flanell, die mit Wachstafft bedeckt werden, unterhalten wird. Kataplasmen mit Senf werden während der Paroxysmen am Abend angewandt, dürfen nicht zu lange an derselben Stelle liegen bleiben. Die Kinder müssen mit der grössten Sorgfalt vor der Einwirkung der Kälte geschützt werden; sie dürfen nicht zu lange auf dem Rücken liegen, wodurch ein Kongestionszustand des hinteren Randes der Lungen entsteht, welcher, indem er die Energie der Hustenstösse vermindert, die Stockung des Sekrets begünstigt. Das Kind wird bald auf die eine, bald auf die andere Seite gelegt; man trägt es auf den Armen im Zimmer umher. Die vertikale Stellung, die Bewegungen des Kindes, die Einwirkung der Luft gestatten dem kleinen Kranken leichter zu husten und mindern die Oppression.

Wir haben diese Untersuchungen mit der Ausführlichkeit besprochen, wie es die Wichtigkeit der Resultate, zu denen sie geführt, verdient.

II. Klinische Mittheilungen.

Hôpital de la Faculté (Klinik von Paul Dubois).

Blennorrhoe der Neugeborenen. — Krankheiten der Amme, und Absetzen des Kindes.

„Im letzten Vortrage, meine Herren! habe ich Ihnen die Formel des Augenwassers mitgetheilt, das ich in der *Ophthalmia neonatorum* anzuwenden pflege. Ich komme auf diesen Gegenstand zurück, da sich jetzt in unseren Sälen ein an dieser Affektion leidendes Kind befindet. Dasselbe ist mit einem Hautausschlage behaftet, der in Verbindung mit der purulenten Konjunktivitis um so mehr eine syphilitische Krankheit befürchten liess, da die Mutter seit langer Zeit über Schmerzen an den Geschlechtstheilen klagte. Indessen erkannte ich bald die vesikulöse Form des Ausschlages, so wie auch, dass die von der Mutter empfundenen Schmerzen nichts Charakteristisches darboten."

„Ich habe übrigens die Beobachtung gemacht, dass die *Ophthalmia neonatorum* in den höheren Ständen viel seltener vorkömmt, als in den geburtshülflichen Kliniken, wo nur Frauen der niederen Klasse aufgenommen werden. Wahrscheinlich ist dieser Unterschied auch von dem Zusammenliegen vieler Kranken, von der schlechten Luft der Säle und vielleicht auch von der Geneigtheit der Konjunktiva zu epidemischen Affektionen abhängig. Wie dem auch sein mag, eine wichtige praktische Thatsache hat sich herausgestellt, nämlich der heilsame Einfluss des *Argentum nitricum* auf den Verlauf der Krankheit. Nicht ein einziges der von mir auf diese Weise behandelten Kinder ist ungeheilt entlassen worden, selbst wenn das Uebel schon bedeutende Fortschritte gemacht hatte. Alle Entzündungen dieser Art wichen in wenigen Tagen den mit einer Auflösung von gr. j *Argent. nitricum* in ℥j *Aq. destillat.* gemachten Einträufelungen. Bei manchen Kindern wurde die Dosis des *Argentum nitricum* auf gr. ij erhöht, aber niemals darüber. So ist auch der kleine Kranke, der sich jetzt hier befindet, behandelt worden."

„Da die Schleimsekretion sehr kopiös war, so liess ich zuerst, was man niemals unterlassen darf, die Augen mit einem erkalteten *Decoct. Althaeae* mehrere Male täglich waschen. Dann wurden einige Tropfen des Augenwassers zwischen die Augenlider eingeträu-

felt. Dies muss drei- oder viermal täglich wiederholt werden. Am vierten Tage hatte der Ausfluss aufgehört, und die Augen befinden sich jetzt in einem sehr befriedigenden Zustande."

„Ich will hier noch auf einen anderen Gegenstand aufmerksam machen. Seit Anfang Juli hat sich in Folge der herrschenden Krankheitskonstitution ein leichter fieberhafter Zustand unter den vor fünf oder sechs Tagen entbundenen Frauen eingestellt. Die Zunge ist belegt, der Appetit fehlt; es finden Koliken ohne Durchfall, Kopfschmerz statt, beschleunigter Puls und Hitze der Haut. Ich muss hier einige Worte in Betreff des Aussetzens des Säugens bei kranken oder temporär sich unwohl befindenden Frauen sagen, da es dem Arzte in der Privatpraxis oft begegnet, in solchen Fällen um Rath gefragt zu werden. Man nimmt gewöhnlich an, dass die Milch dem Kinde schädlich sei, wenn die Gesundheit der Mutter leidet. Diese Meinung wird nicht immer durch die Beobachtung bestätigt, und es ist nöthig, hier einen Unterschied zu machen. Erstlich kann ein Umstand eintreten, der jedes Schwanken des Arztes beseitigt, nämlich das Aufhören der Milchsekretion. In diesem Falle würde keine Entscheidung erforderlich sein; wir wollen jedoch annehmen, die Milchsekretion dauere in einem gewissen Grade fort, und man wollte wissen, ob das Kind nicht durch das Trinken dieser Milch leide. Meine Ansicht hierüber ist folgende:

„Gewöhnlich stellt sich ein Leiden des Kindes ein, wenn die Krankheit der Mutter mehrere Tage gedauert hat. Es schreit, ist unruhig, schläft schlecht. Die Funktionen der Digestionsorgane gehen unregelmässig von Statten, es wird bleich und magert ab. Die Veränderung der Milch lässt sich durch die mikroskopische Untersuchung nachweisen. Ohne Zweifel giebt es Ausnahmen von dieser Regel, aber die Ausnahmen haben keine Gültigkeit, und da es nicht viel Mühe macht, die Amme zu wechseln, so muss man ohne Zögern das Kind dem verderblichen Einflusse einer schlechten Ernährung zu entziehen suchen. Scheint hingegen das Unwohlsein der Mutter von kurzer Dauer zu sein, und bleibt das Kind, wie in diesem Falle zu geschehen pflegt, vollkommen gesund, so ist es nicht nöthig, das Säugen einzustellen."

IV. Das Wissenswertheste aus den neuesten Zeitschriften und Werken.

1. Praktische Beobachtungen über die Skrophulosis.

Dr. Guiet hat in der *Révue médicale*, nachdem er mehrere Jahre im *Hôpital des enfans malades* zu Paris Beobachtungen angestellt hatte, neue Ansichten über die Aetiologie und die Wirkungen der Skrophulosis aufgestellt. Obiger Umstand giebt dieser Arbeit einen besonderen Werth, in der manche Aussprüche für paradox gehalten werden könnten, wenn man nicht wüsste, dass sie die Früchte einer speziell diesen Gegenstand betreffenden Erfahrung sind.

Die Skrophulosis ist nach Dr. Guiet eine allgemeine Affektion, die sich forterbt. Die äusseren Ursachen (feuchte finstere Wohnung, schlechte Nahrung), denen man sie gemeiniglich zuschreibt, können ihre Entwickelung beschleunigen, würden sie aber bei einem Kinde, das den Keim bei der Geburt nicht mitgebracht hätte, nicht erzeugen. Oft scheint indess die Erfahrung diesem Ausspruche zu widerstreiten. So versichern die Eltern eines offenbar skrophulösen Kindes, selbst nie irgend ein Symptom der Krankheit dargeboten zu haben. Aber ausser dass gern Antecedentien dieser Art verheimlicht werden, die man ziemlich allgemein für nicht sehr ehrenvoll hält, giebt es noch eine andere Art, diesen Umstand zu erklären. Ein Vater, sagt Guiet, kann skrophulöse Kinder zeugen, ohne dass sich vor seiner Heirath irgend ein Zeichen der Krankheit bei ihm offenbart hat, und erst im vorgerückteren Alter können sich die charakteristischen Symptome derselben entwickeln. Er führt zum Beweis das Beispiel von einem Manne an, bei dem sich, während er zur Zeit der Verheirathung ganz gesund war, und zwei Kinder, die an Skropheln und Lungentuberkeln starben, gezeugt hatte, im Alter von 50 Jahren ein unstreitig skrophulöser Abszess vorn auf der Brust bildete.

Guiet ist der Ansicht, dass die skrophulösen Geschwülste, die so häufig am Halse sich entwickeln, niemals durch Jod-Präparate zertheilt werden. Diese Versicherung macht die allgemeine Annahme wankend, dass das Jod von so bedeutender Wirksamkeit sei. Der Verf. weist darauf hin, dass das Jod sehr häufig eine Verkleinerung der Geschwulst herbeiführe, aber nur dadurch, dass es eine Zertheilung der die Drüse umgebenden Anschwellung bewirkt, nicht durch Einwirkung

auf diese selbst. Trotz dessen, kann man dem Verf. entgegnen, giebt es wenige Aerzte, die nicht durch Anwendung des Jod Anschwellungen der Halsdrüsen bei lymphatischen Kindern beseitigt hätten. Guiet leugnet dies nicht, meint aber, dass, wenn diese Drüsenanschwellungen der Behandlung gewichen sind, es nicht wirkliche skrophulöse Geschwülste waren, sondern einige lymphatische Drüsen, die sich in Folge von Ophthalmieen, Kopfausschlägen oder Entzündungen der Mundhöhle vergrössert hatten. Wie dem auch sein mag, da es, wie der Verf. selbst zugiebt, sehr schwierig ist, *a priori* diese Drüsenanschoppungen von einer skrophulösen Geschwulst zu unterscheiden, so muss man mithin einen Versuch machen, die Krankheit zu beseitigen, ohne ein Vorurtheil über die Möglichkeit ihrer Heilung.

Guiet stimmt Boyer nicht darin bei, diese Geschwülste zu exstirpiren, es sei denn, dass die Geschwulst, nachdem sich der Organismus vorher von dem skrophulösen Gifte frei gemacht hat, nur ein Ueberbleibsel der erloschenen Krankheit ist. Wir billigen ganz und gar diese Ansicht, so wie sie in den folgenden Zeilen hingestellt ist: „Ist es möglich, das grosse Phänomen der Tuberkulosis von der von einem entzündeten Punkte zu den benachbarten Drüsen fortgepflanzten Reizung herzuleiten, wie man in neuerer Zeit sich nicht gescheut hat, anzunehmen? Nimmermehr; es ist nicht der Mühe werth, diese unglückliche Ansicht weiter zu besprechen."

Die mit *Tumor albus* behafteten skrophulösen Kranken werden gewöhnlich wie alle an Krankheiten der Gelenke Leidende behandelt, man verdammt sie nämlich dazu, das Bett zu hüten, wenn die Affektion die unteren Extremitäten befallen hat. Jeder weiss aber, dass Aufenthalt in freier Luft das beste Heilmittel bei skrophulösen Leiden ist. Daher wird Niemand anstehen, sich dem Rathe des Verf. anzuschliessen, der nach Lugol's Beispiele den Kranken in solchen Fällen mässige Bewegung anempfiehlt. Die neuen chirurgischen Apparate gestatten den Kranken, die man früher dem schwächenden Einflusse einer absoluten Ruhe unterwarf, mit Krücken umherzugehen.

Hat das Uebel solche Fortschritte gemacht, dass von keiner lokalen Behandlung etwas zu erwarten ist, so bleibt dem Wundarzte nur noch die Amputation übrig. Diese letzte Hülfsquelle bietet hier immer wenig Hoffnung dar, wenn man den Schwächezustand, in dem sich der Kranke befindet, berücksichtigt. Man muss indess unterscheiden, ob dieser allgemeine Zustand das Produkt der Gelenkaffektion ist, ob er sich erst seit dem Auftreten der lokalen Krankheit entwickelt hat;

ann kann man operiren, und hoffen, dass nach Entfernung der Ursahen, die Wirkung aufhören wird. Bestand aber die Kraftlosigkeit :hon vor dem Gelenkleiden und sind zu gleicher Zeit andere skrohulöse Affektionen vorhanden, so operire man nicht. Schon vor der 'ernarbung der Amputationswunde oder nach derselben werden sich ndere bedeutendere Rezidive entwickeln und schnell das tödtliche Ende erbeiführen. Diese allgemeine Regel unterstützt Guiet durch beondere Fälle.

---

2. Fälle von Peritonitis bei Kindern.

Dr. Mayo erzählt in der *Medical Gazette* folgende Fälle von eritonitis:

Anna C., acht Jahre alt, ein schwächliches, blasses Mädchen, urde am 24. September 1842 in das St. Marylebone-Hospital aufgeommen, nachdem sie zwei Tage krank gewesen war. Sie schrie fortährend, war ärgerlich, führte aber keine bestimmte Klagen. Ihr Puls 'ar frequent, klein; die Haut heiss; grosse Unruhe, eine geringe Aufeibung des Unterleibs, der etwas empfindlich war, doch liess sich dies :hwer erkennen, da sie über Schmerz klagte, wo man sie auch beihrte. Ich sah sie am 25sten; sie fühlte sich sehr erleichtert durch ie an die Schläfen gesetzten Blutegel. Kalomel, gr. iij alle 6 Stunen, war verordnet worden. Die Stuhlausleerungen waren von grüner 'arbe, ehe sie das Kalomel genommen hatte. Erbrechen, welches vorer vorhanden war, liess nach. Puls klein und frequent. Am 26sten ind ebenfalls keine Uebelkeit statt; das mürrische Wesen hatte nachelassen; die Fäces waren noch grün. — Sie erhielt *Hydrargyr. cum Creta* gr. ij mit Kalomel gr. j zweimal täglich.

Am 1. Oktober beobachtete ich, während die anderen Symptome eine Veränderung zeigten, dass die Respiration beschleunigt war, und rfuhr, sie habe in der Nacht gehustet. Bei der Untersuchung des 'horax hörte ich einen krepitirenden Rhonchus, während das Athmungseräusch in beiden Lungen fehlte, besonders in der rechten. Da ich er Meinung war, dass diese Symptome von einer interkurrenten Pneuionie abhingen, so verordnete ich ein grosses Blasenpflaster zwischen en Schulterblättern, und gab die Merkurialien fort. Die beschleunigte espiration war das einzige Symptom, welches stattfand. Ihr allgeeiner Zustand, die Beschaffenheit des Pulses und der Haut deuteten

auf ein einfaches Fieber hin. Es war kein Delirium, aber beständige Unruhe vorhanden, und das Gesicht drückte Angst aus. Die merkurielle Behandlung wurde fortgesetzt, während ähnliche, aber nicht so kopiöse Stühle erfolgten; das Zahnfleisch wurde nicht ergriffen. Sie starb am 4. Oktober etwas plötzlich.

Sektion. Die Piamater war mit Blut überfüllt; das Gehirn normal, ausgenommen, dass es fester und härter war, als im normalen Zustande. Bedeutende Anschauung beider Lungen, erstes Stadium der Pneumonie; das Herz normal.

Die äussere Fläche des Peritonäums zeigte sich nach Entfernung der Muskeln roth und mit deutlichen Granulationen, die Eiter sezernirten, bedeckt. In der Bauchhöhle war eine Menge Eiter enthalten. Der Peritonealüberzug der Eingeweide war normal, ausgenommen, dass dünne zarte Membranen hier und da einzelne Darmwindungen mit einander verbanden.

Die Ausdehnung, welche die Entzündung der Brust- und Unterleibsorgane und die Hypertrophie des Gehirns in diesem Falle erreicht hat, ist, verglichen mit den während des Lebens sich darbietenden unbedeutenden Symptomen, höchst auffallend. Die psychischen und einige der physikalischen Symptome gleichen denen im folgenden Falle, der hier mitzutheilen ist.

Eliza G., 11 Jahre alt, wurde am 29. Oktober 1842 in das Hospital aufgenommen. Sie war vorher auf der chirurgischen Station wegen skrophulöser Augenentzündung gewesen. Sie litt an den gewöhnlichen Fiebersymptomen, klagte nicht über Schmerz, noch schien sie irgend einen zu fühlen; sie lag gerade im Bette, auf der Seite oder auf dem Rücken, und mit Ausnahme von geringer Hitze der Haut und entzündlichen Erscheinungen am Auge, waren keine krankhaften Symptome vorhanden. Ich erfuhr, dass sie im chirurgischen Saale sehr eigensinnig gewesen war, sich geweigert hatte, irgend eine Auskunft zu geben, und nichts zu thun wünschte, als zu essen und zu trinken. Sie schlug ein kleines Mädchen, das nur eine kurze Zeit mit ihr in demselben Bette lag, fortwährend; wenn man sie nicht schalt, war sie offenbar unaufmerksam und störrisch. Nach einigen Tagen nahm die Hitze der Haut zu, und ihr Mund wurde sehr empfindlich wie im Fieber. In den letzten vier Tagen ihres Lebens zeigte das Gesicht ein tiefes fieberhaftes Leiden an, doch magerte sie nicht ab. Die Stuhlausleerungen waren regelmässig. Während der Krankheit erhielt sie Kalomel gr. ij alle 6 Stunden. Sie starb am 15. December.

Sektion. Gehirn und Brusteingeweide waren gesund; kadave-
öse Kongestion in den Lungen.

Bei Oeffnung der Bauchhöhle nahmen wir, wiewohl erst 28 Stun-
en seit dem Tode verflossen waren, beginnende Putrefaktion im Pe-
tonäum, sowohl in dem, welches die Bauchmuskeln, als auch in dem,
elches den Darmkanal überzieht, wahr. Das Becken enthielt sechs
nzen Eiter. Pseudomembranen bedeckten einen Theil der Eingeweide.
n Ileum in der Nähe des Coekum befand sich ein Geschwür von
er Grösse eines halben Penny, ein zweites im Kolon von der Grösse
nes Sixpence.

Als wir in der Schule über dieses Mädchen Erkundigungen ein-
ogen, benachrichtigte man uns, dass sie, wiewohl dumm und stupide,
och besonders einen vortrefflichen Charakter gezeigt habe. Daher
aren das mürrische Wesen und die Bosheit, die sich so deutlich
ährend der Krankheit aussprachen, unzweifelhaft Symptome derselben.
s ist noch nicht hinlänglich erforscht worden, welche Veränderungen
n Charakter und in den geistigen Funktionen die verschiedenen
rankheitszustände hervorrufen.

In diesen beiden Fällen von Peritonitis ist der versteckte Verlauf
er Krankheit höchst beachtungswerth.

. Fall von Encephalocele oder *Hernia cerebri*, von V. Lyon, Lehrer der Chirurgie am *Royal Infirmary* in Glasgow.

„Im *Edinburgh Journal of Medical Science* für Mai 1842
achte ich auf einen Fall von Hydrencephalocele, wo sich dieselbe bis
im Gesicht erstreckte, aufmerksam und fügte einige Bemerkungen
inzu. Vor Kurzem habe ich einen zweiten jenem fast ähnlichen beob-
chtet, wo die Geschwulst von bedeutender Grösse am Hinterhaupt
ren Sitz hatte, und da er einige ungewöhnliche Züge darbot, so theile
h denselben hier mit, in der Hoffnung, dass er den Wundärzten,
natomen, Physiologen und Geburtshelfern, in deren Fächer er, wie
icht schwer zu ersehen ist, einschlägt, von Nutzen sein möge.

Am ersten März 1844 wurde das Kind, ein Knabe, unter dem
eistande einer Hebamme, welche berichtete, dass die Geburt sehr leicht
ewesen und schnell verlaufen sei, geboren.

Am Hinterhaupt und nahe auf dem Gipfel des Kopfes befand sich eine längliche Geschwulst von der Grösse einer dicken Faust, deren oberer Theil in einer Ebene mit dem Scheitel des Kopfes liegt, dessen unterer Rand sich bis zum Halse erstreckt, oder zwischen die Schultern herabsteigt, wenn man den Kopf nach hinten neigt. Sie misst 11 Zoll in ihrem grössten Durchmesser, 9 Zoll, wo sie an der Kopfhaut befestigt ist, 7 von einer Seite zur anderen, und 8 von der oberen bis zur unteren Anheftungsstelle. Sie fühlt sich gespannt an, ist an manchen Stellen livide und undurchsichtig, jedoch nachgiebig und dunkel fluktuirend, pulsirt aber nicht. Ihre andere Hälfte ist da, wo sie nicht livide ist, mit dünnem, weichem Haare bedeckt; ihre Oberfläche sieht marmorirt aus und ist von zahlreichen, kleinen, geschlängelten Gefässen durchzogen; man fühlt keine abnorme Oeffnung unter der Anheftungsstelle der Geschwulst. Der Kopf ist von normaler Grösse, doch die Stirn sehr niedrig und abgeflacht, und die Gesichtslinie schiefer als im normalen Zustande. Das Kind ist von gehöriger Grösse und sonst regelmässig gebaut; es ist schwächlich, saugt nicht ordentlich und kräftig, und schreit gar nicht, obwohl es sehr heftige Bewegungen macht, wenn man es kneift oder sticht. Die Hebamme bestand darauf, die Geschwulst zu öffnen und erklärte, sie würde sie selbst vor meiner Ankunft geöffnet haben, wenn sich nicht die Eltern widersetzt hätten.

Die Stirn war niedrig und flach, da der Schädel jedoch fast von normaler Grösse war, so konnte man nicht vermuthen, dass die Geschwulst, ungefähr eben so gross wie der Kopf, blos das herausgetretene Gehirn enthielte; und dass das Gehirn nicht darin liege, wurde durch den Mangel der Pulsation, die gewöhnlich in solchen Fällen vorhanden ist, noch wahrscheinlicher gemacht.

Es war eine bedeutende Ekchymose auf der Oberfläche der Geschwulst vorhanden, sehr wahrscheinlich in Folge des Drucks während des Durchgangs durch das Becken; wäre die Geschwulst nicht so gross und von so genau begränzter Form gewesen, so hätte man zu der Annahme verleitet werden können, dass dies eine von den während der Geburt durch Blutextravasation zwischen einer oder der anderen Lagen der Kopfhaut gebildeten Geschwülste gewesen sei.

Da sie keine Pulsation zeigte, nicht durchsichtig war, die Fontanellen nicht prominirten, und beim Druck auf die Geschwulst nicht hervertraten, so war es sehr zweifelhaft, ob ihr Kontentum mit dem Innern der Schädelhöhle in Verbindung stände. Da das Kind nicht

im Stande war zu schreien, so konnte man sich nicht von der gewöhnlich in Fällen von angeborenen Hirnbrüchen vorkommenden Erscheinung, dass die Geschwulst beim Schreien zunimmt und gespannt wird, überführen. Der Mangel der Durchsichtigkeit konnte von einem Blutextravasate im Innern der Geschwulst, gleich der Ekchymose an ihrer Oberfläche, das durch den Druck während des Durchgangs durch das Becken verursacht wurde, herrühren; Alles dies in Betracht gezogen, erklärten Dr. James Watson, Dr. John Macfarlane und ich, dass die Geschwulst mit dem Gehirn kommunizire, und riethen daher den Eltern von jedem energischen Eingriff ab. Eine gelinde Kompression mittelst einer elastischen Mütze wurde versucht, doch war es schwer, dieselbe so einzurichten, dass sie sich wirksam zeigte, weshalb man sie bald fortliess. Unsere Vermuthung in Betreff der wahrscheinlichen Kommunikation zwischen der Geschwulst und dem Innern der Schädelhöhle wurde wenige Tage darauf zur Gewissheit; denn indem dieselbe schlaff wurde, konnte man durch Einführung der Finger nach oben in der Mitte der unteren Anheftung den Rand einer Oeffnung im Schädel ganz deutlich fühlen.

Das Kind weigerte sich bald zu trinken, nahm von Tag zu Tag an Fleisch und Kräften ab, lag beständig in einem zum Theil komatösen Zustande acht oder zehn Tage hindurch, konnte nur sehr schwer schlucken und starb am ersten April, gerade einen Monat nach der Geburt.

Untersuchung des Kopfes. Die Wandungen der Geschwulst wurden von der Kopfhaut, dem Perikranium und der Duramater gebildet; der Sack enthielt ungefähr drei Unzen einer sanguinolenten Flüssigkeit. Theile der hinteren Lappen des Gehirns, ungefähr von der Grösse eines kleinen Apfels, von der Arachnoidea und Piamater bedeckt und mit einer serösen Kapsel zwischen diesen Membranen und der Duramater versehen, waren in die Kyste herausgetreten, durch eine Oeffnung von der Grösse der Fingerspitze am unteren und mittleren Theile des Hinterhauptbeins.

Diese Oeffnung hatte abgerundete Ränder und lag unmittelbar über dem Tentorium, das nicht ganz vorhanden war; sie wurde oben von dem hinteren Ende des *Sinus longitudinalis*, an den Seiten von dem *Sinus lateralis* und unten von dem unvollständigen Tentorium begränzt.

Der Theil des Gehirns, der in die Geschwulst getreten war, wurde da, wo er durch die Oeffnung hindurchging, komprimirt und dabei

sich im Innern des Sacks zu der Grösse eines kleinen Apfels an. Unter den Gehirnhäuten innerhalb des Schädels und in den Ventrikeln befand sich keine Flüssigkeit. Das Gehirn war von natürlicher Konsistenz und Farbe. Den Körper zu untersuchen, wurde nicht gestattet.

Die Sektion that dar, warum die Symptome der Hydrencephalocele in diesem Falle nicht vorhanden waren, und es mag von einiger praktischen Wichtigkeit sein, sich zu merken, dass ein fast ähnlicher krankhafter Zustand stattfinden kann, während die für die Hydrencephalocele und *Hernia cerebri* als charakterstisch geltenden Zeichen fehlen.

Der in dem Sacke enthaltene Theil des Gehirns erklärt die niedrige flache Stirn.

Ich habe vorher auseinandergesetzt, warum die Geschwulst nicht durchsichtig erschien. Der Mangel der Pulsation und die Unfähigkeit, ein Hervordringen der Fontanellen durch Druck auf die Geschwulst zu erzeugen, lassen sich leicht einsehen, wenn man bedenkt, dass die Oeffnung zwischen dem Schädel und dem Sacke so durch die Gehirnsubstanz verstopft war, dass der freie Durchtritt des Serums oder die freie Zirkulation in den Gefässen der herausgetretenen Gehirnsubstanz behindert wurde. Die Schwäche des Kindes, seine Unfähigkeit zu saugen oder zu schreien, und der komatöse Zustand, in dem es lag, entstanden sehr wahrscheinlich durch die partielle Einklemmung der Gehirnsubstanz, welche sie durch die Ränder der Oeffnung erlitt.

Kurzum, wir hatten es hier mit einem angeborenen Hirnbruch zu thun gehabt; die einzelnen Umstände glichen, abgesehen von den Verschiedenheiten der Theile, denen bei Unterleibsbrüchen ganz genau und waren wahrscheinlich auf ähnliche Weise entstanden. Es war die, hier abnorme, Oeffnung vorhanden, das hervorgetretene Eingeweide, die seröse, sanguinolente Flüssigkeit und der Sack; durch die gestörte Entwickelung des Knochens war an einer Stelle des Hinterhauptbeins der Widerstand aufgehoben worden; oder es mag hier eine Hypertrophie des Gehirns stattgefunden haben. Aus der einen oder der anderen dieser Ursachen drängte sich das von seinen Häuten bedeckte Gehirn hervor; der Druck auf die Membranen durch die Ränder der Oeffnung bewirkte Transsudation, Trennung der Duramater und somit Bildung des Sacks.

Der Fall giebt ferner einen Beweis von der Unsicherheit der Diagnose in solchen Fällen, giebt Aufschluss über einige der verschie-

enen Ursachen, welche solche krankhafte Zustände erzeugen, und
/ird hoffentlich den Aerzten von Nutzen sein.

Ein dem obigen genau gleichender Fall ist in Collins' prakti-
:her Abhandlung über Geburtshülfe (p. 511) beschrieben. Die Ge-
:hwulst war fast so gross als der Kopf, und platzte zwei Stunden
ach der Geburt; das Kind starb acht Stunden darauf. In diesem
alle kommunizirten die Ventrikel mit dem Sacke; die Oeffnung im
linterhauptbein hatte $\frac{3}{4}''$ im Durchmesser und lag einen halben Zoll
inter dem *Foramen magnum*.

In der *Medical Gazette* vom 5. April findet sich eine „zwei-
öpfige Missgeburt" beschrieben, welche, nach meiner festen Ueber-
ɜugung, dem oben mitgetheilten Falle, wenn nicht ganz und gar, doch
ım Theil gleicht und, wenn ich nicht irre, ein Beispiel abgiebt von
ɜn Irrthümern, die in der Diagnose bei angeborenen Geschwülsten
n Kopfe begangen werden. Der ganze Aufsatz ist zugleich sehr
ɔerflächlich; die Beschreibung „einer grossen Masse, die viel grösser
ar als der Kopf", in der Nähe der hinteren Fontanelle, die für „einen
hlerhaften Kopf" gehalten werden musste, einen „Spalt anstatt des
uges, eine Erhöhung an der Stelle der Nase, und eine Falte anstatt
s Mundes" hatte, während keine Gesichtsknochen, kein Augapfel,
ein Schädelgewölbe vorhanden waren, liess mich auf den Gedanken
ɔmmen, der Autor sei mehr von seiner Phantasie als von seinem Ur-
eil hierbei geleitet worden.

Nachdem Dr. Büring, der den Fall mittheilt, zu dem Schlusse
:langt, das Kind sei zweiköpfig, beschloss er einen der Köpfe des
indes abzutragen.

So sonderbar es auch klingt, die Dekapitation ist eine neue
ırurgische Operation, wiewohl Einige glauben, sie sei kaum gefähr-
:her als manche gelegentlich stattfindende Prozeduren.

Es wird nicht mitgetheilt, ob es ihm schwierig geworden sei, zu
ıtscheiden, welchen Kopf er entfernen müsse, doch wahrscheinlich
gte er, wegen des hässlicheren Aussehens und der unbequemen Lage
s letzteren, diesen zuerst frei und brachte dann eine Ligatur um den
iel, welcher ihn mit dem anderen verband.

Es ist nichts Ungewöhnliches, wie ich glaube, dass der Verlust
nes Kopfes den Tod zur Folge haben müsse, und Dr. Büring's
ranker machte keine Ausnahme von der allgemeinen Regel; denn
s er am folgenden Tage seinen Besuch abstattete, benachrichtigten
n die Eltern mit „grosser Befriedigung", dass der Kranke gestorben

sei, und ich glaube, sie hätten hinzufügen können, dass des Doktors Verfahren ihn hauptsächlich getödtet habe.

Alle Einzelheiten fordern mich auf, anzunehmen, dass Dr. Büring's Fall einer von angeborener Encephalocele oder *Hernia cerebri* war. Wenn er seine Ligatur zusammenzog, so wurde die Respiration beschleunigt und erschwert, der Puls frequent, hart und klein, die Pupillen erweiterten sich, und die Blutgefässe des Kopfes und Gesichts waren so injizirt, dass die Jugularvene sichtbar wurde und zwar durch die dicke Fettschicht, die sie bedeckte, hindurch. Diese Symptome veranlassten ihn, aus der *V. jugularis* Blut zu entziehen, und als er die Ligatur kräftig zusammenzog, stürzte ein Blutstrom aus der Venenöffnung hervor.

Alle diese Erscheinungen sind leicht durch die Annahme zu erklären, dass diese Ligatur auf die *Sinus longitudinalis* und *laterales* und auf den in der Geschwulst enthaltenen Theil des Gehirns drückte, während sie nicht gedeutet werden können, wenn seine Beschreibung genau ist, dass „keine Verbindung zwischen dem Pseudokopf und dem normalen stattfand".

Meine Annahme in Bezug des Falles wurde durch die weitere Beschreibung bekräftigt. Beim Hineinsehen in das Innere der Geschwulst fand er „eine regelmässige Duramater, einen *Processus falciformis*, ein unvollkommenes Tentorium" u. s. w. Hätte ich in meinem Falle die Geschwulst so geöffnet, wie er die seine, so würde der hervorgetretene Bruch „zwei normal gebildete Hemisphären durch einen tiefen Sulkus getrennt" u. s. w. wie hier haben erkennen lassen.

Er erklärt darauf, „das Gehirn des normalen Kopfes sei in allen Theilen vollständig gewesen"; doch bezweifle ich, dass eine genaue Beschreibung des pathologischen Thatbestandes stattgefunden, und schliesse aus dem ganzen Aufsatz, der in einem Auszuge aus Casper's Wochenschrift in der *Medical Gazette* mitgetheilt worden, dass die einzelnen Data mehr der vorgefassten Meinung angepasst worden sind, dass Dr. Büring einen neuen Fehler in der Diagnose der angeborenen Geschwülste des Kopfes den schon vorhandenen hinzugefügt habe, dass er durch die Ligatur einen Theil der in die Geschwulst hereingetretenen Gehirnlappen getrennt, dass er bei der eiligen Untersuchung keine Unvollkommenheit an dem, wie er es nennt, „normalen Gehirn" bemerkt habe, oder den Fall, obwohl nicht absichtlich, ganz falsch gedeutet hat, indem er seine irrigen Ansichten mit den Gründen, die ihn

zu dem unglückseligen Verfahren, das er einschlug, veranlassten, in Einklang bringen wollte."

---

4. Fälle von *Spina bifida* mit Bemerkungen von Prescott Hewett.

Erster Fall. A. Smith, ein starkes Kind von 5 Monaten, wurde nach dem St. Georges-Hospital wegen einer *Spina bifida* gebracht, die die ganze hintere Sakralgegend einnahm; die Geschwulst von der Grösse eines Hühnereies war durchscheinend, und die sie bedeckende Haut von natürlicher Beschaffenheit, ausgenommen an der Spitze, wo sie etwas missfarbig erschien. Es war keine Lähmung der unteren Extremitäten vorhanden; die Stuhlausleerungen und die Urinsekretion gingen auf normale Weise von Statten. Das Kind litt an einem Hydrocephalus, doch nicht in bedeutendem Grade.

Die Geschwulst wurde mittelst einer mit einer Rinne versehenen Nadel punktirt, und es flossen zwei Unzen einer klaren Flüssigkeit aus; darauf wurde ein Polster und eine Rollbinde angelegt, um die Geschwulst mässig zu komprimiren. Das Kind schien durch die Operation, die nach einigen Tagen wiederholt wurde, nicht im mindesten zu leiden; der Kopf nahm darauf an Umfang ab. Bald nachher stellten sich Konvulsionen ein, die in verschiedenen Intervallen mehrere Tage hindurch fortdauerten; der Kopf vergrösserte sich, die Geschwulst entzündete sich und ihre Wände wurden etwas verdickt. Die Operation wurde nach einigen Tagen von neuem angestellt, und eine geringe Menge durch Blut gefärbte Flüssigkeit floss aus. Drei Tage später stellte sich heftiges Fieber und Koma ein, und ein Ausschlag, den man für die Masern erklären musste, brach über den ganzen Körper hervor. Das Kind starb wenige Tage darauf.

Sektionsbericht. Der Kopf bot alle Erscheinungen, die man gewöhnlich in hydrocephalischen Krankheiten beobachtet, dar; es war Flüssigkeit in den Gehirnventrikeln vorhanden.

Die Geschwulst nahm die ganze hintere Fläche des Kreuzbeins ein, indem die hinteren Wände und die *Processus spinosi* aller Sakralwirbel vollständig fehlten. Die Hüllen der Geschwulst waren verdickt und die Haut an manchen Stellen lederartig; mit Ausnahme dieser Erscheinung zeigten sich keine deutlichen Spuren von Entzündung,

weder am Rückenmark, noch an seinen Häuten. Die Höhle der Geschwulst war durch das Rückenmark und die von diesem abgehenden Nerven in zwei Theile getheilt. Das Rückenmark und seine Nerven, am oberen Ende der Oeffnung aus dem Wirbelkanal hervortretend, liefen durch die Höhle der Geschwulst nach ihrer hinteren Wand, und waren dort angeheftet, indem die Nerven plattgedrückt und über eine dünne Membran ausgebreitet waren. Aus dem Sacke gingen die vorderen Zweige der vier ersten Sakralnerven in gesonderten Bündeln hervor, indem sie in breitere Stränge als gewöhnlich an den vorderen Sakrallöchern, durch die sie hindurchgingen, ausliefen, um die Sakralplexus zu bilden. Das Ende des Rückenmarks und das Bündel von Nervenfasern, das den vorderen Ast des ersten Sakralnerven bildet, waren im Sacke so innig mit einander verbunden, dass sie nicht getrennt werden konnten; am Kreuzbein waren sie ungefähr eine Linie von einander entfernt; die beiden unteren vorderen Sakralnerven verliefen nicht durch den Sack; alle hinteren Aeste verloren sich in den Bedeckungen der Geschwulst. Die Flüssigkeit war offenbar zwischen dem das Rückenmark überziehenden Blatte der Arachnoidea und der Piamater ergossen; die seröse Membran war weit von dem Rückenmark und den Nerven in der ganzen Länge des Kanals getrennt; indem jedoch an der mit dem Sacke kommunizirenden Oeffnung das Viszeralblatt der Arachnoidea nach aussen gedrängt und dem Halse des Sackes gefolgt war, war es so innig mit dem Parietalblatte vereinigt, dass es nicht von dem letzteren getrennt werden konnte. Die Hüllen des Sacks wurden somit von den beiden Blättern der Arachnoidea, von der Duramater und der Haut gebildet, die insgesammt sehr verdickt und fest mit einander verbunden waren.

Zweiter Fall. Im Jahre 1843 ward ich zu einem Kinde von 8 Monaten gerufen, das mit *Spina bifida* behaftet war. Die Geschwulst von der Grösse eines grossen Eies lag in der Lumbargegend; die Haut war von natürlicher Beschaffenheit, ausgenommen an der Spitze, wo sie sich als eine dünne durchsichtige Membran mit einigen grossen, bis in die letzten Enden injizirten Gefässen darstellte. Es war keine Lähmung der unteren Extremitäten vorhanden, Blase und Mastdarm waren nicht affizirt. Der Kopf war von sehr bedeutendem Umfange und enthielt augenscheinlich eine grosse Quantität von Flüssigkeit.

Es wurde keine chirurgische Behandlung instituirt, sondern nur

ein geringer Druck auf die Geschwulst mittelst einer Binde ausgeführt.

Die Krankheit nahm allmälig immer mehr zu; die Haut entzündete sich und platzte in der Mitte der Geschwulst; es folgte eine extensive Eiterung des Sacks und das Kind starb.

Die Eltern willigten nur in die Untersuchung der Geschwulst allein.

Die mit dem Wirbelkanal kommunizirende Oeffnung wurde durch den Mangel der rechten Seiten der mittleren Lumbarwirbel erzeugt, die linken und die *Processus spinosi* waren vollständig vorhanden. Einige Nervenfäden der hinteren Spinalnerven verliefen gerade durch den Sack nach seiner hinteren Wand und verloren sich dort in den Bedeckungen. Der Sack war am Halse etwas verdickt und seine innere Membran zeigte deutliche Spuren von Entzündung.

Dritter Fall. *Spina bifida* bei einem Knaben von 17 Jahren. Ich sah denselben mit Dr. Page im März 1844. Die Geschwulst, die mit dem Alter des Knaben zugenommen hatte, war von der Grösse des Kopfes eines Erwachsenen. Sie nahm die ganze hintere Sakralgegend ein und hatte eine sehr breite Basis; die sie bedeckende Haut war von natürlicher Beschaffenheit, demnach war sie in ihrer ganzen Ausdehnung vollkommen durchsichtig. Der Knabe, anscheinend von schwächlicher Konstitution, hatte vor Kurzem an einem heftigen Anfall von Influenza gelitten, wodurch er sehr heruntergekommen war. Er konnte sich der unteren Extremitäten vollkommen gut bedienen, und kurze Zeit vor seinem Erkranken hatte er vier Meilen ohne irgend eine Ermüdung zurückgelegt. Er klagte über ein brennendes Gefühl, welches sich an der hinteren Fläche der Schenkel bis zu den Fusssohlen herab erstreckte, so wie man die Geschwulst berührte. Von Kindheit an litt er an Inkontinenz des Urins, der beständig austräufelte; auch konnte er den *Sphincter ani* nicht ordentlich beherrschen. Ueber Kopfschmerzen klagte er nicht; der Kopf war gut gebaut und von normaler Grösse. Der Druck auf die Geschwulst wirkte weder auf das Gehirn, noch auf jene selbst ein.

Die Eltern des Knaben, die bald nach der Geburt die Geschwulst entdeckten, erhielten von einem Wundarzt, den sie um Rath fragten, den Bescheid, nicht zu erlauben, dass etwas mit der Geschwulst vorgenommen werde, da das Kind gesund sei und auf keine Weise dadurch zu leiden scheine. Der Knabe wurde mit anderen Kindern zu-

sammen gebracht, nahm aber nicht lange an ihren Spielen Antheil, aus Furcht, die Geschwulst könnte verletzt werden.

Vierter Fall. *Spina bifida* bei einer jungen Frau von 25 Jahren. Im März 1844 wurde ich von Dr. Walshe aufgefordert, diesen Fall mit ihm in Augenschein zu nehmen. Die Kranke sah sehr schwächlich aus, schien sich aber einer sehr guten Gesundheit zu erfreuen. Die Geschwulst von der Grösse eines Kindskopfs war in den letzten Jahren ganz unverändert geblieben; sie nahm den mittleren Theil der hinteren Sakralgegend ein. Der Sack enthielt eine sehr zähe und dicke Flüssigkeit; die ihn bedeckende Haut war verdickt und lederartig und an seinem hervorspringendsten Theile war eine Exkoriation sichtbar von der Grösse eines Schillings mit harten, erhabenen Rändern; an einer anderen Stelle der Geschwulst befand sich ein grosser, warzenartiger Auswuchs, denen ähnlich, die oft in den Narben erscheinen. Die Basis war breit und auf einer Seite von einem dicken erhabenen Rande umgeben. Die unteren Extremitäten waren nicht im geringsten affizirt und sie fühlte keine Unbehaglichkeit, weder bei der Berührung noch beim starken Drucke auf die Geschwulst. *Beim Liegen* konnte sie den Urin nicht zurückhalten, wurde aber, wenn sie ging, auf keine Weise dadurch belästigt. Der *Sphincter ani* schien nicht mit ergriffen zu sein; gewöhnlich fand Verstopfung statt. Sie war eine arbeitsame Frau und erfreute sich immer einer sehr guten Gesundheit. Die Geschwulst, an die sie sich nun gewöhnt hatte, verursachte ihr nur wenig Unbequemlichkeit.

Als man die Geschwulst zuerst entdeckte, war sie sehr klein und verschwand gänzlich beim Drucke. Es wurde ihr von William Bliffard, zu welchem sie ihre Eltern brachten, gerathen, eine Bandage zu tragen, die einen gelinden Druck ausüben sollte; sie trug dieselbe einige Zeit hindurch, hatte jedoch seit mehreren Jahren jeder Behandlung entsagt, da die Geschwulst sich nicht mehr vergrösserte.

Die *Spina bifida* kann, wie bekannt, an jeder Stelle, sowohl der hinteren als auch vorderen Fläche der Wirbelsäule vorkommen; doch ist ihre gewöhnliche Lage am hinteren Theile der Lumbo-Sakralgegend.

Man erklärt die Krankheit gewöhnlich durch einen Stillstand in der Entwickelung des Knochengewebes, der, wie Cruveilhier meint, in manchen Fällen die Folge von Adhäsionen zwischen den Hautbedeckungen und den Membranen des Rückenmarks ist, die sich, ehe das Knorpelgewebe der Wirbel gebildet ist, einstellen. Das Rückenmark

liegt dann ausserhalb des Kanals und verhindert somit die Bildung der knöchernen Wände an der entsprechenden Stelle.

Die Verbindung, welche gewöhnlich zwischen dem Rückenmark oder den Nerven und den Hüllen des Sacks stattfindet, ist ein Gegenstand von der höchsten Wichtigkeit.

Es sind von verschiedenen Schriftstellern Fälle mitgetheilt worden, wo weder das Rückenmark noch die Nerven mit dem Sacke vereinigt waren; dieselben liefen wie im normalen Zustande durch den Wirbelkanal; doch in der bei weitem grösseren Zahl der Fälle, welche aufgezeichnet werden, waren die Nerven auf irgend eine Weise mit dem Sacke vereinigt. Unter 20 Präparaten von *Spina bifida* in der Lumbo-Sakralgegend, die ich in verschiedenen Sammlungen untersucht habe, habe ich nur eins gefunden, wo die Nerven nicht mit dem Sacke in Verbindung standen.

In Bezug auf diese Vereinigung der Nerven mit dem Sacke lassen sich, wie es scheint, die beiden folgenden allgemeinen Regeln aufstellen: 1) Nimmt die Geschwulst nur die Stelle der beiden oder der drei oberen Lumbarwirbel ein, so weicht das Rückenmark selbst sehr selten von seiner Richtung ab, und die hinteren Spinalnerven sind gewöhnlich nur die einzigen Aeste, die mit dem Sacke in Verbindung stehen; 2) nimmt die Geschwulst zum Theil die Lumbar-, zum Theil die Sakralgegend ein, dann findet man gewöhnlich das Rückenmark selbst und seine Nerven innig mit dem Sacke vereinigt. Cruveilhier glaubt nach seinen Untersuchungen, dass diese Vereinigung konstant sei.

Es sind verschiedene Gründe zur Erklärung dieser Verbindung des Rückenmarks mit einer auf dem Kreuzbein gelegenen Geschwulst angeführt worden, und Morgagni spricht sich weitläuftig über diesen Punkt aus; doch muss ich auf sein Werk *„De sedibus et causis Morborum. Epist. XII."* hinweisen. Die richtige Erklärung ist, dass in diesen Fällen die Krankheit während der ersten Monate des fötalen Lebens beginnt, wo das Rückenmark im *Canalis sacralis* gelegen ist.

Wer eine ausführliche Beschreibung der verschiedenen Arten, auf welchen das Rückenmark sowohl als auch die Nerven mit dem Sacke verbunden gefunden werden, verlangt, den verweise ich auf Stafford's Abhandlung über die Wirbelsäule.

In der bei weitem grösseren Zahl der Fälle fand man die Flüssigkeit in dem unter der Arachnoidea gelegenen Zellgewebe, indem das Viszeralblatt der Arachnoidea mehr oder weniger weit von dem Rük-

kenmark und seinen Nerven getrennt ist; nur in wenigen Fällen findet ein Erguss von Flüssigkeit in die Höhle der Arachnoidea statt. Diese Verschiedenheit der Lage des Fluidums kann nach meiner Ansicht einigen Aufschluss geben über die Varietäten, die man in Bezug auf die Vereinigung des Rückenmarks oder der Nerven mit dem Sacke beobachtet hat.

1. Befindet sich die Flüssigkeit in der Höhle der Arachnoidea, bevor sich Adhäsionen zwischen den beiden Blättern dieser Membran gebildet haben, so werden die Nerven, wie ich glaube, nicht mit dem Sacke verbunden sein; denn die Flüssigkeit wird, indem sie sich da, wo sie den geringsten Widerstand findet, ansammelt, an dem hinteren Theile der Wirbelsäule, wo dieselbe fehlt, hervorragen, und da sie gegen die Wirbelkörper des Rükkenmarks und die Nerven einen Druck ausübt, dieselben in ihrer normalen Lage erhalten.

2. In den Fällen, wo das Rückenmark und seine Nerven durch die Höhle der Geschwulst hindurchgehen, befand sich die Flüssigkeit in dem unter der Arachnoidea belegenen Zellgewebe, nachdem einzelne Adhäsionen sich zwischen dem Rückenmark mit seinen Nerven und den beiden Blättern der Arachnoidea an der hinteren Seite gebildet hatten; die Membranen, die in der Folge durch die angehäufte Flüssigkeit dahin getrieben wurden, wo der geringste Widerstand stattfand, zogen das adhärirende Rückenmark und die Nerven mit nach hinten, indem die vorderen Aeste der letzteren, die durch das *Foramen sacrale* getreten waren, auf diese Weise durch die Höhle der Geschwulst hindurchliefen.

3. Findet man das Rückenmark und seine Nerven an der hinteren Wand des Sackes ausgebreitet, ohne dass sie durch die Höhle durchlaufen, so hat sich die Flüssigkeit in dem unter der Arachnoidea gelegenen Zellgewebe angesammelt, nachdem bedeutende Adhäsionen das Rückenmark und dessen Nerven fest mit den beiden Blättern der Arachnoidea an der hinteren Fläche verbunden hatten; diese so vereinigten Theile wurden in der Folge durch die angesammelte Flüssigkeit, die in diesen Fällen nothwendiger Weise vor dem Rückenmark liegt, nach aussen getrieben, während die vorderen Spinalnerven längs der Hüllen des Sacks zu ihren entsprechenden Löchern hinliefen.

Sind die vorderen Spinalnerven mit der Geschwulst verwachsen, so werden wir Aeste finden, die durch den Sack verlaufen, und dann zu ihren entsprechenden Löchern zurückkehren, durch welche sie im-

mer, um die verschiedenen Plexus zu bilden, hindurchgehen; sind aber die hinteren Spinalnerven allein in das Bereich der Affektion gezogen, so verlieren sie sich in den Wänden des Sacks oder in der umliegenden Gegend, für die sie bestimmt sind.

Der höhere oder geringere Grad von Lähmung der unteren Extremitäten, die bisweilen die *Spina bifida* begleitet, lässt sich gewöhnlich aus der Vereinigung des Sackes mit dem Rückenmark und dessen Nerven erklären, die manchmal erweicht und pulpös, manchmal atrophisch oder in ihrer Struktur verändert, in Folge des Druckes dem sie unterlegen, gefunden werden.

Es sind mehrere Fälle von mit *Spina bifida* behafteten erwachsenen Personen mitgetheilt worden. Die Hüllen des Sacks sind dann gewöhnlich verdickt und fest und die Geschwulst bleibt stationär wie in unserem vierten Falle; im dritten hingegen hatte die Geschwulst von der Grösse des Kopfes eines Erwachsenen in der letzteren Zeit bedeutend zugenommen, und ihre Wandungen waren, anstatt undurchsichtig und fest zu sein, dünn und durchscheinend, so dass der Kranke in beständiger Gefahr war, selbst durch einen geringen Umstand ernstlich verletzt zu werden. In einigen Fällen dieser Art beobachtete man eine geringere oder bedeutendere Lähmung entweder des *Sphincter vesicae* oder *Sphincter ani* und zuweilen beider, selbst wenn die unteren Extremitäten nicht im geringsten paralysirt waren. Dies fand im dritten und vierten Falle statt.

Die Bemerkungen, die ich über die Behandlung mitzutheilen habe, sollen sich auf die Radikalkur der Krankheit beziehen.

Die Sektionsberichte der Fälle von *Spina bifida*, die veröffentlicht worden, und die Präparate, die in unserem Museum sich vorfinden, zeigen uns zugleich, wie unbesonnen es sei, zu versuchen, diese Geschwulst entweder durch die Ligatur oder durch das Messer zu beseitigen. Diese Bemerkung wird durchaus nicht durch den Erfolg, den Dr. Dubourg dadurch erzielt haben will, der in der *Gazette médicale de Paris*, 1841, einen Aufsatz über die Radikalkur der *Spina bifida* veröffentlichte, entkräftet. Dubourg operirte drei Fälle: in einem wurde eine Ligatur um die Geschwulst gelegt, der Kranke starb zwei Tage nach der Operation; in den beiden anderen, die glücklich verliefen, wurde der Sack mit dem Messer entfernt und die Wundränder durch Hasenschartnadeln und Nähte vereinigt. Der erfolgreiche Ausgang dieser beiden Fälle war, man muss es gestehen, ein sehr glücklicher; doch sollte er, meiner Meinung nach, keinen Wund-

arzt bewegen, so schnell zur Ausführung zu schreiten, denn wenn man auch die Wirkung einer solchen Oeffnung des Rückenmarkkanals nicht in Betracht zieht, so muss man doch daran denken, dass in der grösseren Zahl der Fälle einige Nerven mit dem Sacke vereinigt sind, und dass, wenn die Geschwulst am Kreuzbein sich befindet, gewöhnlich das Rückenmark selbst mit derselben verwachsen ist. In einem der Fälle Dubourg's befand sich die Geschwulst in der Lendengegend, in dem anderen am oberen Theile der Cervikalgegend. Die Säcke wurden nach der Operation untersucht, aber man fand keine Nerven mit ihnen vereinigt.

Mehrere Fälle, wo die Heilmethode Astley Cooper's vollkommen glückte, sind von verschiedenen Aerzten mitgetheilt worden; doch hier sind, wie ich glaube, zwei sehr wichtige Punkte nicht hinreichend beachtet worden, und ich möchte deshalb die beiden folgenden allgemeinen Regeln anempfehlen.

1. Die Geschwulst darf niemals in der Mittellinie punktirt werden, zumal in der Sakralgegend; denn gewöhnlich sind an dieser Stelle das Rückenmark und seine Nerven mit dem Sacke vereinigt. *Die* Punktion muss auf einer der Seiten des Sackes gemacht *werden* und am untersten Theile, um so der Gefahr auszuweichen, irgend einen Nervenast zu verletzen.

2. Das Instrument muss eine mit einer Rinne versehene Nadel oder ein kleiner Troikar sein; denn mit einer Lanzette wird man grössere Gefahr laufen, einen wichtigen in der Geschwulst enthaltenen Theil zu verwunden. (London med. Gazette.)

---

5. Fall von Paraplegie bei einem Kinde, mit Strychnin behandelt, von Dr. Badeley.

Die offenbare Wirksamkeit des Strychnins in einem Falle von Paraplegie, der mir neulich in meiner Praxis vorgekommen ist, fordert mich auf, denselben zu veröffentlichen.

Ein Mädchen von 13 Jahren war 5 oder 6 Monate vorher, ehe ich sie besuchte, von Pneumonie befallen und auf die gewöhnliche Weise behandelt worden. Ungefähr einen Monat nach diesem Anfall nahm die Motilität in den unteren Extremitäten ab, und ihre Stimme ging in ein Geflüster über; der Appetit verlor sich und der Darmkanal

war so träge, dass häufig Purgirmittel in Gebrauch gezogen werden mussten. Es folgte allgemeine Abmagerung, die Schenkel zehrten ab, wurden kalt und verloren ihre Sensibilität, so dass sie für jeden Reiz unempfänglich waren. Sie war nicht im Stande, die Kniee ohne Beihülfe zu beugen, besonders das linke; und die Lähmung war so bedeutend, dass sie gar nicht im Stande war, die Schenkel zu bewegen. Sie klagte auch über Kopfschmerz und Schlaflosigkeit. Um diese Symptome zu beseitigen, wurden ihr von dem sie behandelnden Arzte heisse Bäder verordnet, die Schenkel stark zu reiben, ein Blasenpflaster auf die Wirbelsäule zu legen empfohlen und ein tonisirendes Verfahren mit Abführmitteln instituirt. Aber selbst diese rationelle Behandlung brachte keine merkliche Besserung hervor, und ihre Bekannten hatten alle Hoffnung aufgegeben, dass sie je wieder den Gebrauch ihrer Füsse erlangen würde.

Bei meinem ersten Besuche am 22. März, wo ich sie in jener unglücklichen Lage fand, verordnete ich ihr ein anderes Blasenpflaster im Nacken, welches durch *Ung. Sabinae* mehrere Tage hindurch offen erhalten wurde und verschrieb folgende Arznei:

℞ *Hydrargyr. muriat. mitis* gr. $\frac{1}{2}$,
Extr. Colocynthid. comp. gr. ij,
— *Nucis vomic.* gr. $\frac{1}{4}$.
M. f. pilula, sexta quaque hora sumenda.

Als ich am 25. März keine gehörige Wirkung auf den Stuhl wahrnahm, steigerte ich die Dosis des *Extr. Colocynth. comp.* auf gr. iij und die des *Extr. Nucis vomicae* auf gr. $\frac{1}{2}$ in jeder Pille.

Am 31sten waren die Symptome dieselben. Da das eiternde Vesikator ihr viel Schmerzen verursachte und den Schlaf störte, so liess ich die Sabinasalbe fort und verordnete folgende:

℞ *Ung. Plumb. acetic.* ℥ß,
— *Zinci* ʒij,
Pulv. Opii gr. v.
Probe simul terantur; applicetur bis quotidie parti exulceratae.

Mit den Pillen wird fortgefahren.

Am 5. April Unbeweglichkeit und Unempfindlichkeit der Schenkel, grosse Schwäche, Zunge roth, Puls von 110 Schlägen; kein Appetit, die eiternde Fläche nicht mehr schmerzhaft und in der Heilung begriffen.

℞ *Mixt. Ferri comp.* ℥j,
Decoct. Aloës comp. ℥ß.
M. f. haustus bis quotidie bibendus.

℞ *Hydrargyr. muriat. mitis* gr. j,
Extr. Colocynthid. comp. gr. ij,
— *Hyoscyami* gr. iß,
— *Nucis vomicae* gr. $\frac{1}{4}$.
M. f. pilula singulis noctibus sumenda.

Am 22sten ist die Stimme kräftiger; der Darmkanal noch verstopft; der Puls nicht so frequent; kein Appetit; die Füsse ganz kalt und unbeweglich und bei der Berührung vollkommen unempfindlich.

℞ *Strychnin.* gr. j,
Cons. Rosar. q. s.
m. f. pil. No. XII, e quibus sumat. una bis quotidie.

℞ *Hydrargyr. muriat. mitis* gr. j,
Extr. Colocynthid. comp. gr. v.
M. f. pilula hora somni singulis noctibus sumenda.

Am 2. Mai wird die Dosis des Strychnins auf gr. $\frac{1}{8}$ erhöht.

Am 16ten fühlte sie mehr Wärme in ihren Füssen, und sagte, „sie hätte ein Gefühl von Stechen und Prickeln in ihnen und längs des Rückgrats und den unteren Extremitäten". Zwei Tage vorher stellte sich Schmerz und eine leichte Anschwellung in der grossen Zehe ein, und gestern war sie sehr unruhig, reizbar und eigensinnig; das stechende Gefühl nahm zu; der Darmkanal noch träge.

℞ *Strychnin.* gr. $\frac{1}{6}$,
Pilul. Aloës comp. gr. iij.
M. f. pilul. ter quotidie sumenda.

Am 20sten erfuhr ich, dass sie wieder gehen konnte, und als ich sie am 21sten besuchte, kam sie mir, durch das Zimmer gehend, entgegen. Die Pillen hatten stark gewirkt. Auch konnte sie laut, wie früher, sprechen. Ich wünschte, dass sie mit den Pillen zweimal täglich noch kurze Zeit fortfahren sollte.

Ich wünsche, richtig verstanden zu werden, wenn ich diesen Fall der Aufmerksamkeit der Leser anempfohlen habe; ich mache keinen Anspruch auf irgend eine Entdeckung oder etwas besonders Neues in der Praxis. Die Wirksamkeit des Strychnins in solchen Fällen von „Paralyse, die von vermindertem Nerveneinflusse" zu entstehen scheint, ist in neuerer Zeit von Dr. Bardsley und Anderen gerühmt worden, und da ich bei der Untersuchung keine organische Ursache der Para-

plegie entdecken konnte, so schloss ich von vorn herein auf die Wahrscheinlichkeit eines günstigen Erfolges. Mein Hauptzweck ist, dieses Mittel angelegentlich zu empfehlen, wo das gewöhnliche Verfahren sich nutzlos erweist. Ich behandle jetzt zwei an Paralysis leidende Kranke, bei welchen es Besserung herbeizuführen verspricht, und obgleich das Strychnin ein sehr gefährliches Mittel ist, wenn es unpassend angewendet wird, besonders in der Pädiatrik, so ist es ein sehr schätzbares in den Händen eines verständigen und vorsichtigen Arztes. In Fällen, wo grössere Dosen, als ich verschrieben, beunruhigende Symptome zur Folge gehabt haben, beseitigte sie das unmittelbare Aussetzen und eine reichliche Anwendung von Reizmitteln. (*Lond. med. Gazette.*)

---

6. Paralytische Affektion bei einem Kinde in Folge einer zu schnellen Unterdrückung eines impetiginösen Kopfausschlages.

Dr. Campagnano erzählt im *Osservatore medico* den Fall eines Mädchens von 4 Jahren, das seit drei Jahren an vollständiger Lähmung der Extremitäten mit Atrophie ohne Fieber und ohne Symptome von Seiten des Rückenmarks und Gehirns leidet. Es waren schon die verschiedenartigsten Mittel angewendet worden, als Dr. C. die Kranke sah. Die erfolglose Anwendung der Tonika deutete darauf hin, dass die Krankheit nicht auf Schwäche beruht. Er erfuhr, dass das Kind zu Ende des ersten Jahres an einem impetiginösen Kopfausschlage gelitten hatte, der mittelst einer von einem Wundarzt verordneten Salbe vertrieben worden; seit jener Zeit hatte sich, indem das Kind immer schwächer wurde, der paralytische Zustand eingestellt.

C. glaubte, dass die von der Kopfhaut verschwundene Reizung sich auf die inneren Gehirnhäute geworfen, die Sekretion der im Gehirn und Rückenmark vorhandenen Flüssigkeit befördert und eine Hydrorhachie ohne äussere Symptome verursacht habe, wodurch wahrscheinlich ein Druck auf das Rückenmark und die motorischen Nerven ausgeübt wurde.

Er schlug daher folgende Behandlung ein: Er legte ein grosses Blasenpflaster auf den Theil des Kopfes, wo die Impetigo ihren Sitz gehabt hatte, und liess *Ung. Tart. stibiat.* in die Wirbelsäule einreiben. Innerlich verordnete er *Magnesia nitrica*, zuerst mit *Syrup.*

Violarum, dann mit *Syrup. Sassaparillae* versetzt. Anstatt einer animalischen und reizenden Nahrung wurden dem Kinde Milchsuppen, Fleischbrühen, mit Farinaceis, Gallerten und antiskorbutischen Kräutern gereicht.

Nachdem diese Behandlung eine Woche lang fortgesetzt worden, fing das Kind an, die Finger zu bewegen, dann die Vorderarme und Oberarme. Dieselbe Besserung zeigte sich an den unteren Extremitäten. Nach Verlauf eines halben Jahres lief es allein im Zimmer umher.

Diese Beobachtung lehrt, wie vorsichtig man bei Behandlung impetiginöser Kopfausschläge der Kinder sein müsse. Um das Fortschreiten derselben zu hemmen, muss man erst auf den allgemeinen Zustand des Kindes, seine Nahrung u. s. w. Rücksicht nehmen, und diese, wenn es nöthig ist, verändern.

---

7. Ueber tödtlich endende Gehirnkrankheiten in Folge von Insolation kleiner Kinder, von James Whitehead.

Obwohl Beispiele von Gehirnkrankheiten, den folgenden ähnlich, nicht zu den Seltenheiten gehören, sowohl in Betreff ihrer Symptome als ihrer pathologischen Charaktere, so hielt W. doch die unten mitgetheilten nicht ganz für uninteressant, da sie durch eine Ursache erzeugt zu sein scheinen, die man in unserem Klima für fast unwirksam hält und vor deren Einfluss man daher besonders kleine Kinder nicht auf angemessene Weise zu schützen sucht.

Erster Fall. Eine in Manchester wohnende Familie hielt sich im Sommer des Jahres 1843 in der Nachbarschaft von Didsbury, einem schön gelegenen und gesunden Landstriche an den Ufern des Mersey, und ungefähr 6 Meilen von der Stadt auf. Am 11. Juli, einem sehr schönen Tage mit reiner Luft, spielten die Kinder auf einem freien Platze und setzten sich mehrere Stunden lang den brennenden Sonnenstrahlen aus. Das jüngste, ein Knabe von zwei Jahren, trieb sich, wie die älteren, ohne irgend eine Kopfbedeckung umher. Am Abend bemerkte man, dass er ungewöhnlich lebhaft und unruhig und sehr spät noch schlaflos war. In der Nacht erwachte er mehrere Male, verlangte zu trinken, und am Morgen war er sehr matt. Einige leichte Nahrung verweigerte er, und man entdeckte, dass er nicht sprechen konnte, während er schon sehr gut gesprochen hatte.

Zwischen 8 und 9 Uhr wurde er von Konvulsionen ergriffen und kurz darauf nach Manchester gebracht, wo Wh. ihn eine halbe Stunde darauf sah. Der ganze Körper wurde durch heftige Konvulsionen erschüttert, das Gesicht verzerrte sich auf jede mögliche Weise und die Anfälle kehrten mit einem kurzen Stöhnen zurück. Die kräftigste Behandlung wurde sogleich angewendet, doch hörten die Konvulsionen, ausgenommen zwei oder drei Minuten nach der Blutentziehung, bis zum Tode nicht auf. Er starb um 2 Uhr, 7 Stunden nach dem Verlust der Sprache. Er war vorher nie krank gewesen.

Bei der Sektion zeigte sich die Piamater an der Oberfläche der Hemisphären mit Blut überfüllt, doch war die Gehirnsubstanz gesund. Die Ventrikel enthielten ungefähr anderthalb Unzen Flüssigkeit. Die *Medulla oblongata*, der *Pons Varolii* und die angränzenden Theile der *Basis cerebri* schienen von einer Schicht einer Pseudomembran zwischen Arachnoidea und Piamater bedeckt zu sein. Dieselbe verschwand, wenn man die Arachnoidea in die Höhe hob, die von normaler Beschaffenheit war; doch war die Piamater im höchsten Grade mit Blut überfüllt. Die Unterleibsorgane waren vollkommen gesund.

Zweiter Fall. Am 12. Juli 1844 wurde Wh. ersucht, ein fünf Monate altes Kind zu besuchen, das an Konvulsionen litt, und an demselben Tage aus der Umgegend von Altrincham in Cheshire, wo die Familie einige Wochen hindurch der Luftveränderung wegen wohnte, nach Hause gebracht worden war. Das Kind, welches Wh. seit seiner Geburt kannte, war ein schöner, kräftiger, gesunder Knabe, und noch nie so heftig erkrankt als jetzt. Am vorhergehenden Tage war der Kleine bei sehr schönem und heissem Wetter im Garten und Meierhofe mit seiner Mütze auf dem Kopfe zwei oder drei Stunden hindurch in der Mittagszeit herumgetragen worden, und somit den Strahlen einer brennenden Sonne ausgesetzt. Mehrere Male beobachtete die Amme, dass er den Athem anhielt, die Augen lange Zeit auf einen Gegenstand richtete und dann sehr tief und langsam seufzte. Dasselbe wiederholte sich häufig am Nachmittage und Abend, und vor Schlafengehen erachtete man es für gut, ihm ein warmes Bad zu geben. Am folgenden Tage stellten sich diese „Anfälle von Starrheit" einige Male wieder ein, und am Abend wurde er von Konvulsionen befallen. Da er sich am Tage darauf nicht besserte, brachte man ihn nach Manchester. Zugleich war ihm eine Dosis *Ol. Ricini* gegeben worden, worauf reichlicher Stuhlgang erfolgte. Bei Wh's. ersten Besuche bot das Kind nichts Besonderes in seinem Aussehen dar, ausgenommen,

20*

dass das Gesicht blässer und nicht so rege war, wie gewöhnlich. Indem Wh. damals noch nichts von der früheren Geschichte des Falles wusste, und glaubte, dass dies Leiden vom Zahnreiz oder von unpassender Nahrung abhänge, verschrieb er eine Dosis der ***Mixt. Magnes. cum Rheo*** zwei- oder dreimal täglich und ***Hydrargyrum c. Creta*** vor Schlafengehen. Am 12ten und 13ten schien Pat. sich besser zu befinden, doch hatte er einige leichte Konvulsionen gehabt, die Zunge war sehr wenig belegt, der Puls machte 100 Schläge. Am 14ten befand er sich bei weitem schlechter, die Konvulsionen waren in der Nacht wieder eingetreten und kehrten alle 20 oder 30 Minuten zurück. Der ganze Körper wurde heftig erschüttert, die Augen nach oben und rechts gewendet, der Mund in derselben Richtung verzogen; die Pupillen waren dilatirt, die Respiration keuchend und etwas Schaum stand vor dem Munde. Der Puls machte zwischen 60 und 70 Schläge. Es wurde ein Blutegel an den ***Processus mastoideus*** jeder Seite gesetzt; ***Hydrargyrum cum Creta, Pulv. Rhei*** āā gr. ij alle 6 Stunden verordnet. Kalte Ueberschläge über den Kopf.

Am 15ten. — Die Blutentleerung schien eine geringe Besserung herbeigeführt zu haben, da die Konvulsionen nicht so heftig waren und sich nicht so häufig einstellten. Das Kind schien in den Intervallen zwischen den Anfällen etwas mehr bei Bewusstsein zu sein, schluckte leicht einige Löffel Milch, die indess bald nachher wieder ausgebrochen wurden. Stuhlgang war erfolgt.

Am 16ten. — Die Konvulsionen waren so heftig wie früher und stellten sich alle zehn Minuten, bald öfter, bald in längeren Intervallen ein, während welcher das Kind in tiefem Koma lag. Es öffnete selten die Augen, schluckte mit grosser Beschwerde; Puls von 70 Schlägen. Da seit 20 Stunden kein Stuhlgang stattgefunden hatte, so wurde eine Dosis *Ol. Ricini* verordnet. Von diesem Tage an bis zum 20sten nahmen die Konvulsionen wieder mehr zu, wurden heftiger und zeigten sich mehr auf der rechten Seite des Körpers als auf der linken. Puls zwischen 60 und 70 Schlägen.

Am 21sten lag der Knabe in Koma, die Pupillen waren kontrahirt, der Puls machte über 100 Schläge und war später noch frequenter. Am 23sten erfolgte der Tod.

S e k t i o n. Bei der Hinwegnahme der Schädeldecke sank das Gehirn, das an der Oberfläche dem Anscheine nach gesund war, bedeutend ein, indem es seitlich über die Ränder des durchsägten Schädels herüberragte. Indem die Hemisphären auseinander fielen, riss das

Corpus callosum längs der ganzen linken Seite bis in den entsprechenden Ventrikel ein und eine Menge einer klaren Flüssigkeit floss aus, welche mehrere flockige Fetzen, den Stücken geronnener Lymphe ähnlich, enthielt. Die Hemisphären wurden darauf sorgfältig gegen einander gestützt und das *Corpus callosum* vorsichtig aufgehoben, um die darunter liegenden Theile zu untersuchen; doch die Zentraltheile waren so weich, dass die hintere Kommissur zerriss und der Rest der Flüssigkeit aus den Ventrikeln ausfloss, indem sie den Fornix in Fetzen, die wie halb koagulirte Lymphe aussahen, mit hinwegführte. Das *Septum ventriculorum* konnte man gar nicht erkennen. Die *Corpora striata*, die Thalami und die benachbarten Theile waren ebenfalls erweicht und matsch. Die *Medulla oblongata* und der *Pons Varolii* waren mit einer Schicht einer dicken Pseudomembran bedeckt und die erstere so weich, dass sie beim Berühren zerfloss.

Die schädliche Einwirkung der Sonnenstrahlen auf das Gehirn und Nervensystem in heissen Klimaten ist sehr wohl bekannt, und gewöhnlich sucht man sich auf hinreichende Weise gegen dieselben zu schützen. Es scheint kein Grund vorhanden zu sein, warum in unseren gemässigteren Breiten nicht eben so heftige Wirkungen stattfinden sollten, da das Leiden mehr durch den plötzlichen Uebergang von einem Extrem zum anderen und durch die Wirkungsweise, an die der Organismus nicht gewöhnt ist, als durch das Quantum von Licht oder Wärme entsteht, denen man wegen ihrer allmäligen Steigerung Widerstand zu leisten sich gewöhnen kann. Traurige Folgen von der Einwirkung des Lichtes allein, sei es des Sonnenlichtes, oder des elektrischen, oder des künstlichen, wenn es sehr stark ist, und besonders wenn das Auge einige Zeit vorher sich an ein dunkles Medium gewöhnt hatte, treten nicht selten in der Form von Retinitis auf, die sich, wie sich immer fand, bis zum Gehirn ausgedehnt und den Tod herbeigeführt hatte. Die Sonnenhitze hat, wie bekannt, einen mächtigen Einfluss auf die Oberfläche der Haut, durch Erzeugung einer erythematösen Entzündung, von Ekzema u. s. w., die oft von beunruhigenden allgemeinen Störungen, wie Erbrechen, Diarrhoe, Fieber und selbst Delirium, begleitet sind. Besonders sind es Kinder, die baarhäuptig in der Sonne spielen oder schlafen, in unseren Breiten an Insolation leiden. Abercrombie führt einen Fall an, wo ein Knabe von 15 Jahren nach dem Baden im Flusse sich auf eine Bank niederlegte und einschlief ohne Kopfbedeckung, so dass er der heftigen Sonnenhitze ausgesetzt war. Beim Erwachen war er sprach-

los. Es wurde Blut entzogen u. s. w. und am nächsten Tage stellte sich die Sprache wieder ein, doch verlor er sie wieder von Zeit zu Zeit während der drei oder vier folgenden Tage. Er war vergesslich und sah stumpfsinnig und niedergeschlagen aus, er klagte über einen Druck im hinteren Theile des Kopfes. Einige Tage darauf schielte er und sah doppelt, während der Darmkanal hartnäckig verstopft war. Der Puls machte 60 Schläge. Nachdem ihm ferner Blut entzogen, hob sich der Puls auf 80 Schläge; doch versank er allmälig in Koma und starb 25 Tage nach dem Auftreten der Krankheit.

Unter 1266 Fällen von Geisteskrankheiten, die Esquirol in tabellarischer Uebersicht aufgestellt hat, befinden sich 12, denen Insolation oder Sonnenstich zu Grunde lag. Sedillot (*Journ. gén. de Méd.*) erzählt den Fall eines Kindes von 7 Jahren, das in einem von weissangestrichenen Mauern umgebenen Hofe spielte, von denen die Sonnenstrahlen, die in den Raum fielen, stark reflektirt wurden: es wurde von Konvulsionen befallen und starb nach einer halben Stunde. Bei der Sektion fand man eine Ausschwitzung auf den Hemisphären des kleinen Gehirns. van Swieten betrachtet die Insolation als Ursache von Veränderungen, die schnell einen tödtlichen Ausgang herbeiführen können: „Si non bene tecto capite aestivis solis radiis homines diu exponuntur; unde pessima et saepe subito lethalis phrenitis nascitur."

Die Gewohnheit, die lange Zeit herrschend war und selbst gewissermaassen Mode geworden ist, Kinder von wenigen Monaten der mächtigen Einwirkung der Sonnenstrahlen, ohne irgend eine Kopfbedeckung, auszusetzen, ist höchst verwerflich. Unter dem Vorwande, die Köpfe abzuhärten, werden die kleinen Geschöpfe während der Sommermonate am Fenster oder im Garten und auf den Spielplätzen den direkten Strahlen der Sonne, ohne irgend einen künstlichen Schutz und ehe die Natur einen hinlänglichen erzeugen kann, ausgesetzt. Da ich meine Aufmerksamkeit besonders sorgsam auf diesen Gegenstand richtete, so beobachtete ich häufig Fälle von fieberhafter Reizung mit Diarrhoe, Mattigkeit, mürrischem Wesen u. s. w. verbunden, zuweilen mit Erbrechen, Schlafsucht und Konvulsionen, die, während das Kind auf den Armen der Amme lag, am Fenster oder im Garten eintraten. und keiner anderen Ursache als der Einwirkung der Sonne zugeschrieben werden konnten.

Ich beobachtete einen Fall von Gehirnkrankheit bei einem Kinde von zwei Jahren, der in zwei oder drei Tagen tödtlich endete. Die Krankheit begann am Abend eines sehr heissen Tages vor vier oder

fünf Wochen, nachdem das Kind mehrere Stunden lang in der Mittagszeit der Sonne ausgesetzt gewesen. Die ersten Symptome waren Uebelkeit und Erbrechen, tiefes Seufzen, Appetitlosigkeit, Hin- und Herrollen des Kopfes im Schlafe u. s. w. Ich wurde erst vier Tage vor dem Tode hinzugerufen. Die Symptome waren damals Koma mit Anfällen von unaufhörlichem Weinen und mürrischem Wesen abwechselnd; von Zeit zu Zeit Erbrechen; Puls von 140 Schlägen; dilatirte Pupillen, die linke weiter als die rechte, hin und wieder Schielen; der Mund etwas nach rechts verzogen. Am Tage vor dem Tode stieg der Puls bis auf 180 Schläge; das Kind lag in einem Koma, aus dem es nicht erweckt werden konnte; die Pupillen waren kontrahirt, der Mund noch mehr verzerrt, die Augen weit offen stehend. Sechs Stunden vor dem Tode stellten sich Konvulsionen ein, die erst mit dem Leben zu enden schienen. Die Sektion wurde nicht gestattet. (*Lond. med. Gazette.*)

V. Verhandlungen gelehrter Vereine und Gesellschaften.

A. *Académie des Sciences* in Paris.

Zwei Fälle von Imperforation des Mastdarms, die operirt und geheilt wurden.

Dr. Louis Baudelocque berichtet über zwei Fälle von *Imperforatio recti*, die mit Erfolg operirt worden. Im ersten Falle stand der Mastdarm mit dem *Colon descendens* in Verbindung, im zweiten hingegen war weder eine Verbindung noch ein Zusammenhang mit dem *Colon descendens* vorhanden.

Erster Fall. Ein Kind, vor zwei Tagen geboren, wurde, da es noch kein Mekonium entleert hatte, dem Dr. Baudelocque übergeben; es schrie und war sehr unruhig, der Leib war gespannt. Zeichen der Kongestion nach dem Gehirn waren vorhanden. Baudelocque führte den kleinen Finger der linken Hand in den Mastdarm ein und erkannte, dass er ungefähr 27 Millimeter über der Afteröffnung blind endete; er führte auf der Palmarfläche dieses Fingers das stumpfe Ende einer Sonde ein, an welches er vorher ein Stilet befestigt hatte. Als die Sonde die verschliessende Membran erreicht hatte, die eine Art von Fingerhut bildete, stiess er das Stilet mit dem Daumen der rechten Hand vor, so dass es mehrere Millimeter weit

die Membran durchdringen konnte, dann zog er die Sonde heraus; sogleich entleerte das Kind das Mekonium. Der Arzt des Kindes wurde angewiesen, von Zeit zu Zeit den kleinen Finger in den Mastdarm einzuführen, um den Gang offen zu erhalten. B. erfuhr drei Monate später, dass das Kind vollkommen gesund sei.

Zweiter Fall. (Verfahren nach Callisen oder ***Enterotomia lumbaris.***) Ein kleines, am vorhergehenden Tage geborenes Mädchen wurde zum Dr. B. gebracht, mit den oben beschriebenen Symptomen. Er vollzog die Punktion der vorliegenden Membran mit einer spitzen Sonde; da er aber das ***Colon descendens*** nicht gefühlt hatte, schritt er zur Operation nach der Methode von Callisen. Die Operation schien ihm um so dringender, da das Kind anfing Mekonium auszubrechen. Nachdem das Kind auf die rechte Seite gelegt war, hob B. die Haut in der linken Lumbargegend in eine Längsfalte auf, und machte eine transversale Inzision von 27 Millimeter Länge; er schnitt nach und nach die Aponeurose des ***M. obliquus externus*** und einige Fibern des ***Quadratus lumborum*** durch, und bald bemerkte er das ***Colon descendens*** auf einem Haufen von Fett liegend, das sich zwischen ihm und der Wirbelsäule befand. Er öffnete es, das Mekonium floss in grosser Menge aus; darauf befestigte er den Darm mittelst einer Nath.

Am nächsten Tage befand sich das Kind vollkommen wohl und trank; am zweiten Tage bildete sich ein Erysipelas um die Wunde; vom zweiten zum dritten Tage Spannung und Empfindlichkeit des Leibes, Erbrechen und kolikartige Schmerzen. (Blutegel in der Nähe der Wunde und auf das Epigastrium.) Am folgenden Tage Steigerung der Symptome. Das Kind wurde einer guten Amme übergeben; das Geschrei hört auf, die Wärme kehrt zurück, die Ausleerungen werden normal und stellen sich regelmässig ein. — Die Schleimhaut des Kolon ist von natürlicher Farbe; sie ist nach aussen umgebogen, wie in allen Fällen von ***Anus praeternaturalis;*** kurzum die lokale Beschaffenheit der Wunde ist befriedigend, und der allgemeine Zustand des Kindes lässt nichts zu wünschen übrig.

In den Betrachtungen, die Baudelocque über diese beiden Fällen folgen lässt, giebt er die Ursachen der Zufälle, die auf die Enterotomie folgten, an, damit diese künftig vermieden werden. Er bezeichnet zuerst den Rath, den Sabatier und Boyer und nach ihnen alle andere Schriftsteller geben, nämlich den Darm anzuheften, als fehlerhaft, indem sie der Meinung sind, der Darm sei in der Bauchhöhle

beweglich, während er im Gegentheil unbeweglich ist. Zweitens wäre es besser, das Kolon transversell als der Länge nach einzuschneiden, weil die Ränder der Darmwunde sich nach der Operation nicht so zurückgezogen und umgeworfen hätten. Endlich hätte man sogleich das untere Ende des Kolon aufsuchen müssen, um zu sehen, ob es nicht ein Mittel gegeben hätte, die Kommunikation zwischen dem unteren Ende dieses Darmstückes und dem Mastdarm herzustellen.

B. *Royal Medical and Chirurgical Society* in London.

Fall von einer Striktur im Darmkanal, der am neunten Tage durch spontanes Erbrechen und Stuhlentleerungen günstig endete.

Dr. Lefevre theilte folgenden Fall mit:

„Der Gegenstand meiner Beobachtung war ein kleines Mädchen von 12 Jahren, von sehr schwächlicher Konstitution, deutlich ausgesprochenem skrophulösen Habitus und mit sehr schwachen Digestionsorganen begabt, so dass sie nie im Stande war, Obst oder Gemüse zu verdauen. Sie war von einer epidemischen Herbst-Cholera befallen worden, die in der Stadt, wo sie wohnte, unter den Kindern herrschte, und die durch die gewöhnliche Behandlungsweise beseitigt wurde. Bald darauf ward sie von einer Krankheit entgegengesetzter Art heimgesucht; es stellte sich nämlich hartnäckige Verstopfung ein, während der Magen keine einzige Speise bei sich behielt. Abführmittel waren in jeder Form angewandt worden, ohne irgend eine Wirkung; Blutegel wurden auf den Unterleib applizirt, den man fortwährend fomentiren liess.

So wurde mir der Fall von den Aerzten beschrieben, ehe ich die Kranke sah. Ihr Gesicht war sehr geröthet, drückte grosse Angst aus, der Puls war klein, frequent, leicht zu komprimiren, die Haut kühl und feucht, die Extremitäten kälter als im normalen Zustande. Der Leib war gespannt, ohne schmerzhaft zu sein, und fortwährend erbrach die Kranke eine grüne der Galle gleichende Flüssigkeit. Da keine Entzündung vorhanden und weitere Blutentziehungen unter den obwaltenden Umständen nicht angezeigt waren, so wurden besänftigende Mittel in Gebrauch gezogen. Das Erbrechen war das quälendste Symptom, mehr wegen seines häufigen Eintretens, als weil es nachtheilige Folgen hatte, denn diese dunkelgrüne Flüssigkeit wurde ohne

Anstrengung entleert. Ein kleines Blasenpflaster wurde auf die Magengrube gelegt, und kleine Dosen von *Acid. hydrocyanic.* in Mandelmilch verordnet. Diese Behandlung schien dem Erbrechen für einige Stunden Einhalt zu thun. Die Kranke brachte eine ruhige Nacht zu, die Stuhlausleerungen gewährten keine Erleichterung, der Unterleib war noch mehr aufgetrieben. *Ol. Crotonis* wurde innerlich und in Klysma während des Tages verordnet, und da warme Applikationen keine Wirkung zu haben schienen, so wurden mit Eis gefüllte Blasen auf den ganzen Leib gelegt. Die Kranke war unruhig und verdriesslich, veränderte fortwährend ihre Lage im Bette, doch war dies mehr eine Folge der Spannung als irgend eines akuten Schmerzes. Um Mitternacht klagte sie über Schneiden und heftige kolikartige Schmerzen im Unterleib; der Schmerz beim Druck war damals heftiger als früher, und da Opiate ohne Nutzen angewandt worden waren, so applizirte ich 12 Blutegel auf den Unterleib, worauf die beunruhigenden Symptome sogleich nachliessen und bald nachher gänzlich verschwanden. Sie schlief eine Zeitlang, und war frei von Schmerz beim Erwachen. Ich war gezwungen nach London zurückzukehren, und sah sie erst am Nachmittag des folgenden Tages wieder. Ich erfuhr von dem sie behandelnden Arzte, dass sie den Tag über sich sehr gut befunden habe, in der Nacht aber dieselben Symptome wie in der vorigen zurückgekehrt seien, und er, trotz der grossen Erschöpfung, wieder Blutegel mit Nutzen gesetzt habe. Er benachrichtigte mich von dem Wiedereintritt des Erbrechens und dass die erbrochene Masse offenbar aus dem Dünndarm gekommen sei, und die Striktur ihm über dem Coekum zu liegen scheine.

Es waltete, nach genauer Untersuchung, kein Zweifel ob, dass die erbrochenen Massen aus dem Dünndarm entleert worden. Die Auftreibung war sehr bedeutend, die Respiration noch mehr behindert, und die kleine Kranke litt in hohem Grade. Eine lange elastische Röhre wurde in den Mastdarm eingeführt, in das Kolon geschoben und dann Wasser durch eine Pumpspritze hineingetrieben. Die Operation war für die Kranke sehr unangenehm, und bewirkte keine Besserung. Die Nacht brachte sie unruhig zu und schien am folgenden Tage sehr erschöpft zu sein. Das Gesicht war blass, ängstlich, der Körper mit kaltem zähen Schweisse bedeckt, und sie selbst meinte, sie würde sterben. Da das Zimmer, in dem sie lag, sehr heiss, und die Luft draussen sehr schwül war, so wünschte ich, sie solle in ein kühleres Zimmer gebracht werden. Da sie durch dies Tragen sehr erschöpft war,

so gab ich ihr ein Glas Madeira-Wein, den sie mit Wohlbehagen trank, doch kaum hatte sie ihn heruntergeschluckt, als sie nach einem Bekken verlangte, sich aufrichtete, und eine dunkelgrüne Flüssigkeit von drei Pinten ausbrach. Sie fühlte sich sogleich erleichtert und athmete freier, und der obere Theil des Leibes wurde schlaffer und liess sich leichter komprimiren. Ich gab ihr etwas mehr Wein, der im Magen blieb; sie hatte keine Uebelkeit mehr. Beständig wurden Einreibungen in den Unterleib gemacht und Klystiere von Essig und Wasser alle Stunden wiederholt. Das erste wurde, ohne von einem festen Stoffe begleitet zu sein, wieder ausgestossen, hatte jedoch einen fötiden Geruch. Das zweite war von flockigen Stücken von membranartiger Beschaffenheit begleitet, und die ausgeleerte Flüssigkeit stank sehr, ähnlich dem putriden Wasser, in dem Fleisch mazerirt worden.

Sie war nicht im Stande, die Bauchmuskeln zu drücken und eine Anstrengung zu machen zu Stuhl zu gehen. Eine grosse Menge jener membranösen Masse wurde nach jedem Klystier entleert. Der Geruch war nicht zu ertragen. Vier Stunden nach dem spontanen Erbrechen verlangte sie zu Stuhl zu gehen, wo eine bedeutende Menge fester Exkremente ausgeleert wurde. Sie hatte noch mehrere Male im Laufe des Abends Stuhlgang, und schlief dann ruhig. Am folgenden Morgen gab ich ihr eine Dosis *Ol. Ricini,* das den gewünschten Erfolg, ohne Uebelkeit zu erzeugen, hatte, und verliess sie als Konvaleszentin. Ich erfuhr in der Folge von meinen Kollegen, dass sie noch vier oder fünf Tage lang stark gefiebert habe. Sie genas in kurzer Zeit, und ihre Digestionsorgane fungirten jetzt besser als vor der Krankheit. Die Verstopfung wurde erst am neunten Tage der Affektion beseitigt.

Dr. Lefevre fügt hinzu, er habe diesen Fall mitgetheilt wegen des seltenen Vorkommens von Heilung bei einer so furchtbaren Krankheit.

VI. Miszellen und Notizen.

Behandlung des Soors. Dr. Valleix hat im vierten Bande seines Werkes: *Guide du médecin pratique,* wo er die Krankheiten des Mundes, Pharynx und Oesophagus abhandelt, mehrere Behandlungsweisen aufgestellt, unter denen wir die des Soors, als hierher gehörig, herausheben wollen:

I. Verordnung in Fällen, wo der Soor rein lokal ist:

1) Zum innerlichen Gebrauch ein *Decoct. Hordei* mit Milch.

2) Der Mund muss häufig mit einem *Dec. Althaeae* und einer hinreichenden Menge *Syrup. Mororum* ausgewaschen werden.

3) Die Hinterbacken und Schenkel sind mit einer Salbe zu bestreichen, um die Bildung des Erythems zu verhüten, welches selbst dann auftritt, wenn noch keine deutlichen Symptome eines Leidens des Digestionsapparats vorhanden sind.

4) Morgens und Abends ein Klystier von einer Abkochung der *Rad. Althaeae* und der *Capita papaveris.*

5) Das Kind muss, wenn man es abgesetzt hat, sobald es die Brust nehmen kann, wieder einer Amme übergeben werden.

II. Verordnung in einem Falle, wo die Symptome der Enteritis deutlich ausgesprochen sind:

1) Zum innerlichen Gebrauch Reiswasser mit Gummi oder eine Emulsion mit *Syrup. Althaeae.*

2) Häufiges Auswaschen des Mundes mit einem konzentrirten *Decoct. Althaeae* und *Capita papaveris.*

3) Einreibung der Hinterbacken und Schenkel wie oben.

4) Behandlung der Ulzerationen.

5) Morgens und Abends ein Klystier von *Sem. Lini* mit *Laudan. liquid. Sydenhami* gutt. j und *Amylum* ℈ij. — Verdoppelung der Dosis des Opiums, wenn es nöthig ist.

6) Narkotische Fomentationen auf den Unterleib.

7) Kleienbäder, die man aber aussetzt, wenn sie zu sehr aufregen.

8) Strenge Diät, so lange die beunruhigenden Symptome andauern.

III. Behandlung im Stadium des Kollapsus:

1) Zum inneren Gebrauch ein *Infus. Gentianae* mit *Syrup. Aurantiorum.*

2) Anwendung des adstringirenden Gurgelwassers mit Borax oder der reizenden Pulver, die aus Kalomel mit Zucker bestehen und in

der Dosis von gr. iv, drei- oder viermal täglich, in den Mund gelegt werden.

3) Verdünnte Bouillon.

4) Fomentationen, mit einem *Inf. Salviae* auf den Unterleib.

Sonderbarer Fall von Imperforation des Afters mit Kothfistel in der Vagina. Vor etwa 6 Monaten hatte Berard in seine Klinik ein kleines Mädchen, welches an Imperforation des Mastdarms litt, aufgenommen. Dieser Fall war allein durch die sonderbare Art und Weise, wie sich die Natur Hülfe verschaffte, interessant. Der Mastdarm hatte sich nämlich zwischen dem Hymen und der hinteren Kommissur der Vulva geöffnet; es bestand demnach eine *Fistula recto-vaginalis*, aus welcher fortwährend Koth ausfloss. Es waren hier zwei Indikationen zu erfüllen: einen gehörigen After herzustellen, und die Fistel zu verschliessen. Behufs der ersten Indikation machte Berard zwischen den Nates, wo der natürliche After sein sollte, einen Einschnitt, den er behutsam bis in den Mastdarm vertiefte; durch Wieken hielt er die Wunde offen und erweiterte sie; es entstand eine Afteröffnung, deren Ränder selbst einige Kontraktilität zeigten. Was nun die Fistel in der Vagina betraf, so half die Anwendung verschiedener Aetzmittel nichts; eben so wenig das Glüheisen. Die Aetzung erzeugte bisweilen sogar heftige Entzündung und Abszessbildung in der Nähe. — Die Natur half am besten; die Fistel verkleinerte sich in dem Maasse, wie der zwischen den Nates gebildete After einen gehörigen Ausgang für den Koth darstellte. Als das Kind entlassen wurde, war zwar die Fistel noch da, aber so eng, dass sie nur etwas seröse Flüssigkeit austreten liess. (*Journal de Médecine et de Chirurgie*, September 1844.)

Urtikation zur Wiederhervorrufung unterdrückter Masern. Bei einer Frau, welche an Masern gelitten hatte, die plötzlich zurücktraten und dafür eine äusserst heftige *Bronchitis capillaris* entwickelten, wandte Trousseau vergeblich Blutentziehungen an, um letztere zu bekämpfen. Der Zustand der Kranken wurde immer schlimmer; der Puls war klein, häufig; Oppression bedeutend. Trousseau kam nun auf den Gedanken, durch Anwendung der alten Urtikation den Ausschlag wieder hervorzurufen. Er gab Ipekakuanha, und während die

Kranke in dem halb ohnmächtigen Zustande der Nausea sich befand, wurde sie vom Kopf bis zu den Füssen mit Brennnesseln gepeitscht. Einige Stunden darauf verlor sich die Oppression, das Fieber minderte sich, und es ging schnell zur Genesung. (Ist der Masernausschlag wieder gekommen? Red.) Trousseau empfiehlt die Urtikation besonders dann, wenn in Folge irgend einer Komplikation der Ausschlag nur schwach hervorgekommen. Auch bei jedem anderen akuten Exantheme möchte er sie unter solchen Umständen angewendet wissen. (*Journal de Médecine.*)

Verfahren gegen Hernien bei Kindern. Das gewöhnliche Verfahren gegen Nabelbrüche bei ganz jungen Kindern kann auch, etwas modifizirt, gegen die anderen Hernien bei ihnen angewendet werden. Gegen Nabelbrüche wird gewöhnlich auf folgende Weise verfahren: Das Kind liegt auf dem Rücken und wird von der Mutter oder der Wärterin gehalten; der vorgetriebene Nabel wird behutsam zurückgebracht. Nun wird die Hälfte einer Muskatnuss, mit der Konvexität nach unten, aufgelegt, und durch einen breiten und um den Leib herumgehenden Streifen von Seifenpflaster festgehalten. Ist die Muskatnuss zu klein, um die Bruchöffnung zu verschliessen, so muss man irgend etwas Anderes, z. B. ein abgerundetes, pelottenähnliches Stück Kautschuk nehmen. — Gegen die Inguinalhernien ganz junger Kinder will nun Lacointe auf folgende Weise verfahren wissen: Man bestreiche Leinwand mit Diachylonpflaster; man schneide daraus ein viereckiges oder rundes Stück, etwas grösser wie die Handfläche; das Pflaster muss aber gut sein, dass es gut klebe. Auf die Mitte desselben breite man in der Grösse eines Thalers etwas *Emplastr. Cicutae* oder *Emplastr. de Vigo* aus; auf die Mitte dieses letzteren Pflasters setze man ein Stück Kork, von der Grösse einer halben Haselnuss. Dieses Stück Kork überziehe man vollständig ebenfalls mit *Empl. Cicutae* oder *de Vigo*, so dass sich eine zitzenähnliche Hervorragung bildet. Ist nun der Bruch zurückgebracht, so lege man das Pflaster so auf, dass die zitzenartige Hervorragung gerade in die Bruchpforte hineinpasse; man lasse es unverrückt liegen und erneuere es höchstens alle 3 — 4 Wochen. (*Journ. des conn. médec.*)

Neuere Erfahrungen über den Gebrauch und den Nutzen der Wallnussbaumblätter gegen Skropheln. Seitdem Negrier zuerst dieses Mittel in Vorschlag und Anwendung

brachte, ist es von vielen Andern in Frankreich versucht worden. Man hat es wirksam gefunden: 1) gegen nicht-ulzerirte skrophulöse Anschwellungen; 2) gegen skrophulöse Ophthalmieen; 3) gegen abszedirte skrophulöse Anschwellungen; 4) gegen skrophulöse Knochenleiden. — Negrier hat seine eigenen Erfahrungen und die Anderer zusammengestellt, und er kömmt nun auf folgende Schlüsse:

1) Wohl gegen $\frac{3}{4}$ aller Fälle von Skrophelleiden sind durch Präparate der Wallnussbaumblätter geheilt worden.

2) Die Wirksamkeit dieses Mittels ist nur eine langsame; es muss je nach den Umständen des Falles und der Konstitution des Kranken 20 — 50 Tage angewendet werden, ehe sich ein Erfolg bemerklich macht.

3) Nach der Heilung sind Rückfälle selten.

4) Der innerliche Gebrauch des *Extr. folior. Juglandis regiae* hat zuerst eine allgemeine, und erst später eine speziell auf die skrophulösen Lokalleiden gehende Wirkung.

5) Nur bei den Drüsenanschwellungen und Geschwülsten, die nicht-ulzerirt sind, zeigt sich die Wirkung sehr spät; dagegen zeigt sie sich viel früher und schneller bei den Geschwüren, Fisteln, Gängen zu kariösen Knochen u. s. w. Subjekte von nervösem Temperament vertragen das Mittel nicht so gut, als die von anderem Temperamente.

6) Die skrophulösen Ophthalmieen sind durch dieses Mittel viel besser und schneller geheilt worden, als durch jedes andere Mittel.

7) Bei vielen Kranken muss das Mittel sehr lange, 6 bis 18 Monate fortgesetzt werden.

Formeln:

1) Aufguss. Es werden 5 Theile getrocknete Wallnussbaumblätter mit 500 Theilen Wasser übergossen; zu versüssen mit Honig oder dem *Syrup. folior. Juglandis.*

2) *Extractum folior. Juglandis regiae.* Dieses Extrakt wird im Sandbade bereitet und in Pillenform gegeben, indem man gepülverte Blätter zusetzt; man giebt 6 — 8 Gran pr. dosi 3mal täglich.

3) *Decoctum folior. Juglandis regiae.* Man lässt 30 Theile getrocknete Blätter mit 100 Theilen Wasser kochen. Dieses Wasser dient zum Verbande von Geschwüren; man lässt Plümasseaux damit getränkt auflegen.

4) *Syrup. folior. Juglandis.* Man verdünnt 4 Theile des Extrakts mit etwas Wasser und setzt dazu etwa 200 Theile kochenden Syrups. Kleinen Kindern mehrmals täglich einen Theelöffel voll.

Unguent. Juglandis. Es werden 30 Theile des Extrakts
Theilen Schmalz zusammengerieben und dazu ein wenig Berga
gesetzt. Man bedient sich dieser Salbe zu Einreibungen, die
nal täglich $\frac{1}{4}$ Stunde lang macht.

6) Augenwasser. Vom obenerwähnten Dekokt 200 Theile, dazu 1 Theil Belladonna-Extrakt und 1 Theil Laudanum. Dieses Augenwasser wird zugleich neben dem inneren Gebrauch des Mittels angewendet. (*Archiv. générales.*)

Heilung der Telangiektasie durch Vakzination auf die
wulst. Ein 7jähriger Knabe hatte am Unterkiefer, etwas über
e. wo die Karotis sich befindet, eine erektile, nicht gestielte
w die hellroth und länglich war und die Grösse eines Tau-
ei tte. Theilweise war dieser Tumor mit bräunlichen Krusten
t. Die Pulsation, die man fühlte, leitete der Arzt, Dr. Le Clercq in Amersfort (Niederlande), von dem Klopfen der unterliegenden Arterie her. Der Tumor war übrigens angeboren. Zuerst machte Le Clercq die Ligatur, aber es blieb noch ein bedeutender Theil des Tumors zurück, der nicht gut unterbunden werden konnte, und da das Kind noch nicht geimpft war, entschloss sich Le Clercq nach der Methode von Pigeaux und Bousquet auf den Tumor selber zu vakziniren; er machte mehrere Einimpfungen auf die Mitte und zugleich auf die Ränder desselben, aber auch auf den Arm; es entwikkelten sich tüchtige Vakzinepusteln, und mit ihnen zugleich verschwand auch die Telangiektasie. (*Neerlands Lancette.*)

Jedes Jahr erscheinen 12 Hefte in 2 Bänden. — Gute Original-Aufsätze über Kinderkrankh. werden erbeten und am Schlusse jedes Bandes gut honorirt.

JOURNAL
FÜR
KINDERKRANKHEITEN.

Aufsätze, Abhandlungen, Schriften, Werke, Journale etc. für die Redaktion dieses Journals beliebe man kostenfrei an den Verleger einzusenden.

BAND III.] BERLIN, NOVEMBER 1844. [HEFT 5.

I. Abhandlungen und Originalaufsätze.

Bericht über die Krankenpflege junger Kinder in meiner Abtheilung des allgemeinen Waisenhauses zu Stockholm im Jahre 1842, von Dr. T. Berg, Oberarzte der genannten Anstalt.

1. Allgemeiner Theil.

Nachdem ich auf Kosten der Direktion des Waisenhauses während 2 Jahren das Ausland bereist hatte, um eine weitere Kenntniss in der Verwaltung und Einrichtung solcher Anstalten zu erlangen, und im Jahre 1841 wieder in die Heimath zurückgekehrt war, konnte ich nun um so mehr die Mängel des heimischen Waisenhauses erkennen, und ich ermangelte nicht, solche der Direktion in einem Schreiben vorzulegen, in welchem ich zugleich zeigte, dass eine grosse Veränderung nöthig, aber auch ohne grosse Kosten möglich sei. In Folge dieses Schreibens, das vor den König und das Sanitätskollegium kam, ward mir die Ehre zu Theil, am 21. September 1842 zum Oberarzte und Aufseher des Waisenhauses in Stockholm ernannt zu werden, und es wurde mir ein Komité beigeordnet, mit welchem in Gemeinschaft ich die nöthigen Veränderungen besprechen und bewerkstelligen sollte. Auch erhielt ich, meinem Wunsche gemäss, die Befugniss, in der Anstalt einen klinischen Unterricht für Aerzte einzurichten.

Demgemäss übernahm ich die Direktion der Anstalt und die Krankenpflege der ganz kleinen Kinder nebst deren Ammen, wogegen Dr. Nyblaeus die Abtheilung der älteren Kinder zu beaufsichtigen und zu leiten hatte. Für die gehörige Abwartung der kleinen Kinder bestellte ich sogleich neben der Vorsteherin des Ammensaales noch eine Wärterin; da aber auch dies mir nicht vollständig genügte, stand

ich nicht an, auch noch die Ammen für die Kinder mehr in Anspruch zu nehmen, indem ich sie von der früheren Verpflichtung der Wäschereinigung befreite, für deren Besorgung ich eine grössere Anzahl Waschmädchen anstellte, so dass nun die Ammen häufiger bei den Kindern sind, die dadurch entstehenden Kosten aber durch fleissiges Nähen von Leinenzeug für das Waisenhaus einigermaassen ersetzen müssen, so dass die wirklichen Unkosten nur ungefähr 32 Banko Rthlr. mehr betragen.

In meinem in schwedischer Sprache unter dem Titel: Års berättelse öfver späda barnens sjukvård innom Allmänna Stockholms Sjukhus 1842 erschienenen Bericht stellte ich die Schwankungen in der Zahl der Ammen, zugleich aber auch einen Vergleich mit dem letzten Jahrzehend von 1831 — 1840 übersichtlich in Tabellen dar. In diesem Decennium (1831 — 1840) schwankte nämlich die Zahl der Ammen zwischen 63 und 124; das tägliche Maximum ging nicht über 54 hinaus, im Mittel waren täglich 40 — 51 Ammen in der Anstalt, und auf je 5 Ammen kamen immer 8 Säuglinge. Bei den grossen Schwankungen aber ist es nicht gut möglich, mit Sicherheit ein Verhältniss zwischen Säuglingen und Ammen aufzustellen; denn manchmal war die Zahl der Kinder kaum um ein Viertel grösser, ja noch darunter, so dass jede Amme in der Regel nur ein Kind zu säugen hatte. Oben angeführtes Verhältniss, das nach den Maximis des letzten Decenniums berechnet ist, giebt also keineswegs das richtige Verhältniss an. Im Jahre 1841 nun wurden 87 Ammen neu aufgenommen, so dass täglich im Mittel 46 waren, und auf 5 Ammen 8¼ Kinder kamen. In dem Jahre 1842 stieg aber die Zahl der Kinder höher als je zuvor (überstieg um 11 das durchschnittliche tägliche Mittel von 1841 und um 15 das der Jahre 1831 — 1840), so dass, obgleich 51 Ammen im Durchschnitt täglich in der Anstalt waren, auf je 5 immer 8⅘ Kinder kamen. Mag auch die nun bewirkte Verbesserung der Anstalt mehr Individuen herbeiziehen, so liegt doch wohl die Hauptursache mehr in der geringen Räumlichkeit, welche mehr Ammen aufzunehmen verhindert.

Von den Ammen, die aufgenommen wurden (im Alter zwischen 19 und 48 Jahren), waren die meisten unverheirathet und Dienstmädchen in Stockholm, aber zum grössten Theil vom Lande gebürtig, und, obgleich mehrere Jahre in der Hauptstadt anwesend, zum ersten Male säugend. Die besten und gesundesten Ammen waren die aus Westgothland, Smaland und Ostgothland.

In einer zweiten Tabelle habe ich die jährliche und monatliche Schwankung der Zahl der Säuglinge dargethan. In den Jahren 1831 bis 1840 wurden jährlich aufgenommen 353 bis 439; das Maximum der im Hospitale befindlichen war in der Zeit 105 Kinder, das Mittel hingegen $73\frac{2}{5}$. Im Jahre 1841 wurden 427 aufgenommen, im Ganzen 513 verpflegt; das tägliche Mittel der Kinder betrug 77. Alle diese Zahlen steigen für das Jahr 1842. Das Maximum der Kinder *pro die* ging bis zu 101 hinauf und das Minimum nicht unter 71 hinunter, also auch in der Zahl der Kinder zeigt sich eine Steigerung, die es manchmal nöthig machte, um Platz zu gewinnen, einige der ältesten Kinder zur Wärterin überzusiedeln. Diese Raumbeschränkung, trotz der von mir bewirkten Erweiterung des Lokals, ist eben nicht vortheilhaft für die Kinder, da es dadurch unmöglich wird, Kleider und Säle gehörig zu lüften und zu ordnen.

Bei dieser grossen Anzahl von Aufgenommenen, wo sich auch in gleichem Verhältniss eine grössere Mortalität herausstellen müsste, minderte sich dieselbe dennoch um 6 Prozent, so dass, wenn im Jahre 1841 40 Prozent starben, 1842 nur 34 Prozent dem Tode anheim fielen. Aber es ist eigenthümlich, dass von den leiblichen Kindern der Ammen nur 15 Prozent starben, hingegen 26 Prozent von den eigentlichen Waisenkindern, und 56 Prozent von den aufgenommenen Pfleglingen (Kindern, die von den Eltern zur Pflege hingegeben werden). Der vornehmste Grund hiervon ist wohl der, dass die mütterliche Liebe die Pflege und Wartung ganz besonders erhöht, und hieraus entnehmen wir überhaupt einen Grund für die grosse Sterblichkeit in den gewöhnlichen Findelhäusern. Daher ist es eine der unumgänglichsten Anforderungen einer solchen Anstalt, dass die Ammen in ihrer Pflichterfüllung streng von den Aerzten beaufsichtigt werden. Aber zu jener leider traurigen Erfahrung gesellt sich noch ein anderer Uebelstand, der die Sterblichkeit der Waisen und mutterlosen Pflegekinder so sehr erhöht. Sind nämlich diese Kinder in der Anstalt glücklich allen Krankheiten u. s. w. entgangen, so verfallen sie nachher in dieselben wegen der nothdürftigen Ernährung und schlechten Abwartung von Seiten ihrer Eltern oder Pfleger, denen sie endlich wiedergegeben oder überantwortet werden. Ja, aber auch innerhalb des Waisenhauses finden sich noch mancherlei Ursachen. Insonderheit scheuen sich oft die Ammen fremde Säuglinge anzulegen, weil sie glauben, die Mutter sei wegen einer ansteckenden Krankheit ins Krankenhaus aufgenommen oder sei gar wegen unehrlicher Handlungen oder Verbrechen verhaftet.

Dass aber gerade die Pflegekinder einer so grossen Sterblichkeit unterworfen sind, liegt in ihrem langen Verweilen in der Anstalt, das bis auf ein Jahr sich ausdehnen kann; sie müssen dann oft die Ammen wechseln, und erfahren nicht die liebevolle Pflege, die sie bei längerem Zusammensein mit einer und derselben Amme vielleicht erhalten haben würden, sind aber noch ausserdem einer fortlaufenden Reihe von Krankheiten ausgesetzt. Und in der That macht ein grosser Theil dieser Kinder eine Kette von Krankheiten durch, der sie endlich unterliegen. Da aber überhaupt die Kinder in diesem Waisenhause ziemlich lange verbleiben (durchschnittlich 60 Tage), so muss natürlich die Sterblichkeit eine grössere sein als wie in den Anstalten, wo die Kinder nur für kürzere Zeit aufgenommen werden, da ja überhaupt im kindlichen Alter die Sterblichkeit so sehr gross ist. Um so mehr ist es die Pflicht der Aerzte solcher Anstalten, dass sie mit grosser Sachkenntniss ihre Aufmerksamkeit auf Alles, ja auf die kleinsten Dinge richten, wodurch etwa die Gesundheit der Kleinen bedroht oder untergraben werden könnte. Deshalb habe ich es mir auch angelegen sein lassen, die Kleidung und Wäsche zu reguliren und angemessen zu vermehren, um dadurch grössere Reinlichkeit und Ordnung zu erzielen, dabei aber auch noch eine Ersparniss von 45 Prozent gegen früher einzuführen, da die Ammen selbst die Kleidungsstücke nähen mussten, wodurch die wegen der Befreiung von der Wäsche entstandenen Kosten hinreichend gedeckt wurden und dennoch sich ein Vortheil für die Kinder herausstellte.

Ich komme nun zu dem eigentlich medizinischen Theile meines Berichts. Ich kann nicht verhehlen, dass ich eine genaue Beobachtung der organischen Veränderungen für die Basis einer guten Pathologie und somit auch einer zweckmässigen Behandlung halte. Deshalb halte ich die pathologische Anatomie für ein grosses Hülfsmittel der Medizin, woraus man, wenn man auch nur das Endresultat der Krankheit erblickt, dennoch richtige Rückschlüsse machen kann, und selbst wenn die Krankheit auch rein dynamischer Art ist, so ist doch hier und da immer ein materielles Zeichen vorhanden, aus dem wir eine Belehrung für die Therapie schöpfen können. Jedenfalls wahrt uns diese Beobachtungsweise vor krasser Empirie, und sie kann uns doch wohl richtige Spuren und Wege andeuten, die wir nicht verwerfen dürfen. Dieser Beobachtungsweise bin ich bei der Behandlung der kranken Kinder stets gefolgt, wie ich sogleich zeigen werde, und zwar nicht ohne Erfolg, wie denn überhaupt gerade die neuere Zeit durch ihr

genaueres und vielseitiges Beobachten das Feld der Kinderkrankheiten so trefflich bebaut hat. Während man früher, zur Zeit Billard's, nur wenige Kinderkrankheiten kannte, die aber auch nur Symptome waren, und deren Zusammenhang mit den inneren organischen Krankheiten wegen Mangel an Leichenöffnungen man nicht kannte und ahnte, wuchs zwar die Zahl der Kinderkrankheiten mit der Zeit, aber die Frage war noch nicht entschieden, ob nicht auch Krankheiten des späteren Alters in den Kindern auftreten. Fast nur die neuere Zeit hat durch ihre pathologischen Untersuchungen diese Frage beantwortet; es war aber auch früher bei der schwachen Kenntniss der pathologischen Anatomie, und den geringen Hülfsmitteln, die man besass, wohl unmöglich, zu entscheidenden Resultaten zu gelangen, da sich aus den Symptomen eben nur wenig Licht schöpfen lässt. Meiner Ansicht nach kann auch die physikalische Untersuchung bei den Kinderkrankheiten nur von geringem Nutzen sein, mehr jedoch scheint mir von der Chemie und dem Mikroskop, die beide bis jetzt fast gar nicht bei Kindern angewandt sind, erwartet werden zu können. Ich bin hiervon so überzeugt, dass ich mich nicht enthalte, die Aerzte, welche Gelegenheit zu einer reichen Beobachtung haben, zu solchen Untersuchungen aufzufordern.

Eine genaue Beobachtung der Kinderkrankheiten erfordert meiner Ansicht nach zuerst eine Bestimmung der organischen Krankheiten vermittelst der pathologischen Anatomie, und eine Vergleichung ihrer Häufigkeit. Demnächst muss man den Sitz des Leidens ermitteln und die physikalischen Zeichen und Symptome, welche das Leiden charakterisiren. Das ist aber Alles nicht so leicht, da bei Kindern alle Kräfte und Organe noch nicht gehörig entwickelt sind. So findet sich im Nervensystem ein Missverhältniss zwischen Rezeptivität und Reaktion; die Rezeptivität ist mindestens in sehr vielen Fällen sowohl qualitativ als quantitativ zu gross; die Reaktion ist meist sehr heftig, und doch nicht energisch und anhaltend genug. Hieraus muss man die grosse Sympathie in den Kindern erklären, welche auf den geringsten Reiz den ganzen Organismus affiziren kann; daher rühren so viele Todesfälle, welche die pathologische Anatomie nicht erklären kann, da sich keine organische Reaktion hat ausbilden können; daher die Schwierigkeit, sich in dem Labyrinth von Symptomen zurecht zu finden und einen rationellen Heilplan einzuschlagen. Bedenkt man ferner, dass in dem kindlichen Körper die Menge der Flüssigkeiten bei weitem überwiegt, so ist es leicht einzusehen, warum viele Krankhei-

ten, die auf einer primitiven Intoxikation der Flüssigkeiten beruhen, so schnell verlaufen, dass man vergeblich ihre Spuren sucht. Eine Folge aller dieser Schwierigkeiten und Uebelstände ist die mangelhafte Nomenklatur der Kinderkrankheiten. Wie ich mir in dieser Beziehung geholfen habe, und wie treu ich den oben angeführten Anforderungen an eine genaue Beobachtung geblieben bin, wird sich am besten aus den beifolgenden Tabellen ergeben.

Die Leichenöffnungen von Kindern unter einem Jahre ergaben folgende Krankheiten und Komplikationen:

Es starben im Januar an:

1.	Enterocolitis chronica follicularis	3
7.	Desgleichen mit Ulcera syphilitica	1
—	Pneumonia lobul. bilater., Ulcera syphilitica	1
12.	Desgleichen mit Peritonit., Gastromalacia	1
13.	Anasarca, Atelectasis pulmonum	1
15.	Colitis chron. follic., Anasarca, Hydropericardium	1
16.	Hyperaemia cordis dextri (Convulsiones)	1
19.	Enterocol. chron. follicul., Gastromalacia, Pneumonia lobul. chron. bilateral.	1
25.	Pneumonia lobul. bilateral.	1
27.	Colitis follic. chron., Atelectasis et Pneumonia lobul. chron. bilateral.	1
		12.

Es starben im Februar an:

1.	Enterocol. follic. chron., Emphys. interlob. dextr. c. Pneum. lobul. bilater. confl. chron.	1
2.	Colitis follic. chron., Haemorrhagia intestinalis	1
—	Emphys. interlob. sin., Hyperaemia fortis cerebri et meningum	1
—	Atelectasis et Pneum. lobul. bilateralis	1
3.	Pneumon. lobul. centr. bilater., Hyperaemia intestinal. ten., Colitis ac. exsudativa	1
4.	Atelectasis pulmon., Apoplexia capill. encephali c. hyperaemia universalis cerebri et meningum et angiectasia forti plexuum choroideorum et oedemate meningum	1
5.	Colitis follic. chron., Pneum. lobul. bilateral.	1
8.	Atelectasis lobularis, Rupia universalis	1
—	Anasarca, Decubitus, Pneum. chron. bilater. cum oedemate pulmonum	1
9.	Hyperaemia fortis pulmon. hepatis et cordis (Convulsiones)	1
10.	Atelectasis, Bronchitis, Anasarca, Oedema meningum	1
11.	Erosiones haem. ventr., Colit. follic. acuta	1
—	Bronchitis c. Pneum. lobul. confl. bilateral. et Pleurit. incip. bilater., Colit. follic. acuta	1
12.	Erosion. haem. ventr., Colit. follic. acuta levis, Hyperaemia cerebri et oedema mening. leve	1
—	Colit. follic. chron., Pneum. lobul. c. Pleurit. incip. bilater.	1

15. Colitis follic. chron., Erosion. haem. ventr., Pneumonia lobul. confl. sin., Hyperaemia cerebri fortis 1
— Atelectasis pulmon., Erosiones haem. ventr., Colit. acuta follic. levis 1
— Emphysema interlobulare dextr. et mediastini, Pneumonia lobul. confl. bilateralis 1
17. Atelectasis et Pneum. lobul. bilat. confl., Colit. follic. acut. 1
21. Pneumonia bilateralis 1
26. Enterit. villos. et follic. incip., Colit. follic. acuta, Hyperaemia mening. et cerebri c. oedemate 1
28. Anasarca, Oedema mening. leve, Pneum. lobul. bilat. central. 1

22.

Es starben im März an:

1. Eczema rubrum universale, Furunculi, Erosion. haem. ventr. 1
— Atelectasis lobul. bilater., Colit. follic. chron. ulcerosa . . . 1
5. Colit. follic. ulcer. confl. chron., Erosion. haem. ventr., Bronchitis c. Pneum. lobul. sin. 1
7. Colit. follic. chron., Bronchitis c. hypostasi incip. 1
8. Enterocolit. follicul. chronica 1
11. Gastritis chron., Colit. foll. ulcer. confl. chron., Inflamm. chron. umbil. c. abscessu, Bronchitis c. Pneum. lobul. sin. et Atelectasi dextra 1
13. Colit. follic. chron., Ulcera palati, Atelectasis, Bronchitis et Pneum. lobular. sinistra 1
— Hyperaemia fortis lobi dextr. hepatis, Peritonit. exsud. . . . 1
— Enterocol. chron. follic., Pleuropneum. sin. chron. c. oedemate pulmonum 1
15. Enterocol. follic. chron., Colit. follic. ulceros. confl. acuta, Bronchitis c. Pneum. lobul. confl. et Atelect. dextr. . . 1
16. Erosion. haem. ventr., Bronchitis c. Pneum. lobular. confl. bilateral. 1
18. Erosion. haem. ventr., Bronchitis c. Pneum. lobul. bilater. et Pleurit. exsudat., Pericardit. exsudat., Hyperaemia et hypertrophia cerebri, Oedema meningum (Convulsiones) 1
19. Enterocol. follic. chron., Ulcus in fundo ventriculi 1
21. Enterocol. follic. chron., Bronchitis, Atelectasis et Pneum. lobul. bilateral. confl. 1
— Colitis follic. chron., Bronch. c. Pneum. lobul. abscessib. et Pleurit. exsud. bilateralib. 1
— Velum palati fissum, suctus mammae impossibilis, atrophia universalis 1
22. Colit. follic. chron., Erosion. haem. ventr., Anasarca, Ascites, Hydropericardium 1
25. Atelectas. lobul., Erosion. haem. ventr., Colit. chron. follic. 1
— Enterocolit. follic. chron., Bronchit. c. Pneum. lobul. confl. emphys. vesicul. et interlobular. bilateral. 1
26. Colit. follic. chron., Infiltrat. gland. mesar., Emphys. pulm. sin. leve, Hyperaemia cerebri 1
27. Colit. follic. chron., Nephrolithiasis, Erosion. haem. ventr., Bronchit. c. Pleurit. et Pneum. lobul. sin., Hyperaemia et Oedemate dextri, Hyperaemia meningum 1

— Enterocol. follic. ulceros. chron., Erosion. haem. ventr., Pleuropneum. bilater. c. Emphysema interlob. sinistre 1
30. Enterocol. follic. ulceros. chron., Atelectasis, Bronchit. et Emphys. interlob. sin., Pneum. lob. dextr., Hyperaemia cerebri 1

21.

Es starben im April an:

3. Bronchit., Haemorrhag. ventr., Enterocol. follic. chron. . . 1
7. Colit. follic. chron., Pneumon. lobul. sin. 1
8. Tuberculosis pulm. hepat. et gland. mesar., Ulcera tuberculosa intestinorum tenuium 1
13. Erosion. haem. ventr., Emphys. interlob. dextr., Meningitis exsud. encephalo-rhachitica c. Hydrope ventric. cerebri. 1
— Colit. chron. follic., Bronchit. c. Pneum. lobul. bilater. et emphysema interlobul. dextr. 1
14. Bronchitis c. Pneumon. lobul. bilateral. 1
15. Erosion. haem. ventr. c. emollit. mucosae in fundo, Bronch. c. Pneum. lobul. bilater., Cysta hydatidea magnitudine nucis avellanae fortis ad apicem cordis 1
— Infl. cellulosae subcutan., Pneum. lobul. bilater. 1
17. Bronchit. c. Pneum. lobul. bilater., Emphys. interlobul., Colitis follicular. acuta 1
22. Colit. follic. chron. ulceros., Bronchit. chron. c. Pneumon. lobul. sin. incip. (Mors subita) 1
23. Bronchit. c. Pneum. lobul. confl. et Pleurit. exsud. bilateral. 1
— Erosion. haem. ventric., Enterocolit. chron. follic. ulceros., Infiltratio gland. mesar., Hypost. pulm. (Mors subita). . 1
27. Enterocol. chron. follic., Bronchit. c. Pneumon. et Pleurit. exsudat. bilater. 1
29. Ecthyma universale, Erosion. haem. ventr. 1
30. Colit. follic. chron., Suffocatio per chymum in trachea? (Mors subita) 1

15.

Es starben im Mai an:

2. Colit. chron. follic., Hyperaemia pulmon. (Mors subita) . . 1
— Erysipelas bullos., Atelectasis lobul., Bronchit., Erosion. haem. ventr., Colit. follic. chron. ulceros. 1
3. Vestigia meningitidis, Bronchitis c. Pneum. lobul. bilat. confl. 1
— Atelectasis lobul., Erosion. haem. ventr., Colit. follic. chron. 1
5. Tuberc. hepatis, gland. mesar. et pulm. c. Pneum. lobul. bilat., Ulcera tuberc. gland. Peyeri, Colit. foll. ulc. chr. 1
6. Colit. follic. ulc., Enterit. villos. incip., Hypostas. pulm. . . 1
— Bronchit. c. Pneum. lobul. confl. bilat. et Emphys. interlob. 1
13. Tubercula cruda gland. bronchial. et mesaraic. pulm. c. excavatione et Pleurit., Ulc. tuberc. int. ten., Colit. foll. chr. 1
18. Colit. follic. chron., Bronchit. c. Pneum. bilater., Hypertroph. ventr. dextr. cordis 1
26. Tubercula cruda hepat. et gland. mesar. pulmon. c. excavat., Ulcera tuberc. intest. ten. 1
31. Bronchit., Hyperaemia cerebri et pulmon. (Mors subita) . . 1

— Colitis chron. follic. ulcerosa 1
— Atelectasis, Haemorrhag. pulm. dextri c. ruptura et extravasatione in saccum pleurae 1

13.

Es starben im Juni an:

4. Colit. follic. chron., Bronchit. c. Pneumon. lobul. bilater., Emphys. interlob. dextr. 1
10. Colit. follic. chron. centr. Bronchit. c. Pneumon. 1
13. Enterocol. follic. chron. c. Haemorrhag., Eros. haem. ventr., Bronchit. et hypostasis incipiens 1
— Tubercula cruda gland. bronch. et mesaraic. c. excavat. lobi sup. pulm. sin., tuberc. gland. Peyeri c. emollit. 1
19. Tuberc. cruda hepatis, lienis, gland. mesar. et pulm. c. infiltratione, Pleurit. dextra, Peritonit. tuberc. exsudat., Pericarditis exsudativa 1
23. Tuberc. cruda hepat. lien. et gland. mesar., pulm. c. excavatione, Pneumonia lobul. et Emphysema interlob., Ulcera tuberc. intest. ten. 1
25. Bronchit. c. Pneum. lobul. confl. bilater., Colit. follic. acuta 1
28. Colit. follic. chron. ulcer., Gastromalacia, Arthrocace c. Carie acetabuli et capit. fem. 1

8.

Es starben im Juli an:

4. Colitis chron. follic., Pneum. lobul. bilater., Furunculi . . . 1
5. Colitis follic. ulcer. et exsud. c. emollit. mucosae 1
— Atelectasis pulm. lobul., Gastroenterocol. chr. villos. et foll. 1
6. Colit. follic. chron., Bronchit. c. Pneum. chron. bilater. . . 1
13. Colit. follic. chron. ulcer., Erosion. haem. ventr. 2
21. Enterit. follic. chron., Colit. follic. chron. ulcer. et acuta . 1
22. Abscessus lobi inferior. pulm. dextr. c. Pleurit. exsud. . . . 1
25. Colit. follic. c. Adenit. mesar. chron., Erosion. haem. ventr., Atelectasis pulm. dextr. et Abscessus pulm. sin. c. perforat. et Pyopneumothorace, Pericardit. exsudat. 1
26. Enterocolit. foll. chr. ulcer., Abscessus pulm. sin. c. Pleurit. 1
27. Pneumon. bilateral. 1

11.

Es starben im August an:

10. Tuberc. pulm. c. Pneum. lobul. bilater. et Pleurit., Bronchoadenit. suppur., Erosion. haem. ventr., Adenitis mesar. suppur., Ulcera tuberc. gland. Peyeri, Colit. follic. ulcer. 1
12. Meningit. et Pleurit. bilater. exsud. gelatin. 1
15. Colit. follic. chron., Oedema meningum (Convulsiones) . . . 1
16. Hyperaemia cerebri levis, c. Oedemate mening. (Convulsiones) 1
18. Tuberc. cruda hepat. lien. et gland. mesar. c. excavation. pulm. et exulcerat. gland. Peyeri 1
19. Enterocolit. villos. et follic. ulcer. chron., Adenitis mesar. chron., Pemphig. haemorrh. ulcer. 1
20. Erosion. haem. ventr., Colit. chron. follic. ulcer. c. emollit. *mucosae* 1

22. Erosion. haem. ventr. acuta c. emollit. mucosae, Hypost. pulm. 1
— Emphys. pulm. interlobul. bilater., Erosion. haem. ventr., Enterocolit. chron. follic., Hyperaemia cerebri 1
23. Colitis follic. chron., Pneumon. lobul. bilater. 1
24. Enterocolit. follic. chron., Erosion. haem. ventr., Atelectasis et Pneum. lobul. bilater. (Mors subita). 1
26. Enterocolit. follic. chron., Meningit. purulenta 1
27. Colitis chron. c. Oedemate submucos. et emollit. mucosae, Ulc. haem. ventr., Haemorrhag. intest. 1
— Gastroenterocolit. chron. follic., Pneum. lobul. bilater. c. emphys. interlob., Ulcera cutis, Infiltratio gland. mesar. . . 1
— Laryngotracheobronchitis exsud. c. emphys. interlob. bilater. 1
— Colit. follic. chron., Bronchit. c. Pneumonia lobul. bilater., Emphys. bilater. interlob. mediast. et subcutan. 1
31. Colit. follic. chron., Atelectasis pulm. bilater. c. emphys. interlob. mediastini et subcutan. 1
— Erosion. haem. ventr., Atelectasis, Pneumonia bilater. et emphys. interlob. et mediastini 1

18.

Es starben im September an:

3. Enterit. villos. acuta, Colit. follic. acuta 1
5. Erosion. haem. ventr., Bronchit. c. abscessu et Pneumon. lobul. sin. 1
6. Ulcera cutis, Enterocolit. follic. ulcer. chron. 1
7. Erosion. haem. ventr., Enterocolit. acuta c. emollit. mucosae coli, Hypostasis pulmonum 1
— Colit. follic. chron., Anasarca, Hydropericardium, Oedema pulm., hepatis, renum 1
— Furunculi, Infl. cellulos. subcutan. c. Gangraena cutis . . . 1
9. Enterit. follic. acuta et chron. ulcer., Colit. follic. chron. . 1
— Colit. follic. chron. c. haemorrh. intest., Pneum. bilat. incip. 1
— Enterocolitis follic. chron. 1
11. Colit. follic. chron., Adenit. mesar. chron. (Mors subita) . . 1
— Adenitis mesar. chron., Anasarca, Ascites (Tabes syphilitica?) 1
14. Enterocolit. follic. chron., Bronchit., Pleurit. et Pneumon. lobul. dextr. 1
15. Erosion. haem. ventr., Enterocolit. acuta exsud. c. haemorrhag. intestin. 1
16. Erosion. haem. ventr., Colit. follic. acuta, Bronchit. c. Pneum. bilater. et Emphysema interlobulari 1
26. Ulcera coli dysenterica 1
28. Enterit. chron. follic., Atelectasis pulm. et Emphys. dextr. interlobul., Bronchit., Peritonit. acuta, Hydropericardium 1
— Ulcera haem. ventr., Hyperaemia abdominis 1

17.

Es starben im Oktober an:

4. Bronchit. c. Pleurit. bilateral., Pneumon. lobular. dextr. et Abscessu pulm. sin., Colit. follic. chron. 1
5. Enterit. villos. et Colit. follic. acuta, Erosion. haem. ventr. c. haemorrhag. intest. 1

— Atelectasis pulm. c. Emphysema vesic. et interlob., Enterit. chron. villos. et follic., Colit. chron. foll. et dysent. ulcer. 1
6. Bronchit. c. Pneum. lobul. confl. sin. 1
10. Colit. follic. chron., Erosion. haem. ventr., Pleuropneum. lobul. bilater. confl., Hydropericardium 1
12. Gastroenterit. acuta incip., Colit. follic. acuta (Mors subita) 1
— Atelectasis pulm. c. Pneum. lobul. sin., Enterit. villos. et follic. chron., Colit. chron. follic. 1
16. Atelectasis, Bronchit. c. Pneum. lobul. et Emphys. interlob. bilater., Ulcera haem. ventr., Enterocolit. chron. follic. . 1
— Colit. chron., Nephrolithiasis, Erosion. haem. ventr., Peritonitis acuta 1
17. Colit. follic. chron., Pneum. lobul. et Pleurit. bilater. . . . 1
18. Enterit. follic. chron., Colit. chron. follic. ulcer., Nephrolithiasis, Atelectasis, Pneum. lobul. bilat., Pleurit. dextr. . 1
19. Enterocolit. follic. chron. ulcer., Ulcera haem. ventr., Bronchit. c. Pneumon. lobul. bilater. et Pleurit. sin. 1
21. Inflammat. cellulosae subcutan., Colit. follic. chron., Nephrolithiasis, Erosion. haem. ventr., Atelectasis, Bronchit., Pneum. lobul. bilater. c. Emphysemat. interlob. 1
— Colit. follic. chron. ulcer., Pleurit. bilater., Pneum. lobul. sin., Oedema pulm. 1
27. Nephrolithiasis, Colit. follic. chron., Ulc. haem. ventr., Bronchit., Pneum. hypost. bilater., Peritonit. exsud. . . 1
— Colit. follic. chr., Laryngotracheobronch., Hyperaemia cerebri 1
31. Furunculi, Bronchit., Enterocolit. follic. chron. et exsud. acuta 1

17.

Es starben im November an:

2. Bronchitis c. Pneum. lobul. bilater. confl., Emphys. interlobul., Erosion. haem. ventric. 1
3. Bronchitis c. Pleurit. et Pneum. lobul. bilater., Colit. follic. incip., Nephrolithiasis 1
— Bronchitis, Pleurit., Pneum. lobul., Emphys. interlobul. bilater., Erosion. haem. ventr., Colit. follic. incip. 1
4. Bronchitis, Pleurit., Pneum. lobul., Enterit. follic. chron., Furunculi 1
7. Bronchitis, Pleurit., Pneum. dextra, Erosion. haem. ventr., Enterocolit. follic. chron. 1
— Infl. cellulos. subcutan., Pneum. lobul. bilat., Colit. foll. chr. 1
9. Enterocolit. follic. chron. ulcer. confl., Ulcera haem. ventr., Pneumonia sinistra 1
13. Bronchitis, Pneum. lobul. bilater. confl., Gastrit. chron., Colitis follic. acuta, Nephrolithiasis 1
— Enterocolit. chron. follic., Bronchit., Pleurit. et Pneum. lobul. c. abscessibus bilateralibus 1
— Colit. follic. chron., Bronchit. c. Pleurit. et Pneum. lobul. bilater., Bronchadenit. tubercul., Erosion. haem. ventric., Tuberculosis hepatis et lienis 1
14. Atelectasis p. c. Bronchit., Pneum. chron. lobul. bilater., Oedemate et abscessu pulm. 1

— Colit. follic. chron. ulcer., Bronchit. c. Pleurit., Abscessibus et emphysemate interlob. bilater. 1
19. Bronchit. c. Pleurit., Pneum. et oedema pulm. bilater. . . . 1
20. Enteritis incip. 1
22. Ecthyma universale, Bronchit. c. Pneum. lobul. confl. et Oedema pulm., Anasarca 1
24. Erosion. haem. ventr., Colit. follic. chron., Anasarca, Hydropericardium, Oedema pulm., Splenitis 1
25. Colit. follic. chron. ulcer., Arthrocace et Necrosis ulnae dextr., Bronchit. c. Pneum. lobul. et Oedem. pulm. 1
27. Infl. cellulos. subcut., Enterocolit. follic. chron., Nephrolith., Phlebitis venae umbil. et portae c. Hepatit. et Peritonit. 1
29. Colit. follic. acut., Bronchit. c. Pleurit., Pneum. lobul. et Oedema bilater., Hydropericardium 1

19.

Es starben im Dezember an:

5. Atelectasis pulm., Enterocolit. acut. c. emollit. mucosae et Peritonit. consecut., Erosion. haem. ventriculi 1
6. Atelectasis pulm., Enterocolit. follic. chron. 1
8. Bronchitis (Mors subita) 1
13. — —, Atelectasis lobul., Pneum. lobul. bilateral. sparsae levis, Erosion. haem. ventr. lev., Colit. follic. chron. lev., Enterit. villos. chron. levis, Infiltratio levis gland. mesar. 1
16. Atelectasis lobul. bilat. leviss., Hydropericard., Erosion. haem. ventr. c. Haemorrhag. intest., Enterit. follic. chron. ulcer., Colit. follic. chron., Inf. gland. mesar. 1
20. Ulcus palati syphilit., Hydrothorax sin., Hydropericardium, Splenitis c. Peritonitide consecut., Colit. follic. chron. . 1
— Colit. follic. chron., Tuberculos. cruda pulm. hepat., lienis, renum, gland. bronch. et mesar. c. ulcerat. incip. gland. Peyeri, Erosion. haem. ventr. lev., Nephrolith. 1
21. Infl. cellulos. subcut. olecrani, Tubercul. cruda pulm. hepat. et gland. mesar. c. Pneum. tub. dextr. et Pleurit. bilat., Tubercul. c. emollit. gland. bronch., Tuberc. incip. gland. Peyeri, Nephrolithiasis pulver. 1
28. Ulcera syphilitica, Bronchit. capill., Ulcera haem. ventr., Colit. follic. chron. 1

11.

(Hier folgen die hierzu gehörigen Tabellen.)

Im speziellen Theile werde ich die einzelnen Krankheiten, so weit sie Interesse darbieten, durchgehen.

(Schluss im folgenden Hefte.)

Hypertrophia glandular. mesaraicar. . . . .
Arthrocace femoris . . . .
— cubitis cum necrosi ulnae dextrae . . .
Tuberculosis cruda cerebri . . . .
— — pulmonum . . . .
— cum excavatione pulmonum . . . . . .
— cruda hepatis . . . .
— — lienis. . . . .
— — renum . . . .
— — glandular. bronchial. . . . . . .
— cum suppuratione gland. bronchial. . .
— cruda glandular. mesaraicarum . . . .
— cum suppur. glandular. mesaraicar. . .
— glandularum Peyeri . . . .
Ulcera tuberculosa coli . . . .
Anasarca . . . .
Ulcera cutis syphilitica . . . .
Inflammatio umbilici cum abscessu . . . .
— cellulosae subcutaneae. . . . .
Hyperaemia pulm., hepat. et cordis (convulsiones) .
Suffocatio per chymum in trachea? (mors subita) .

T[illegible]

über die Krankheiten der Kinder na[illegible]

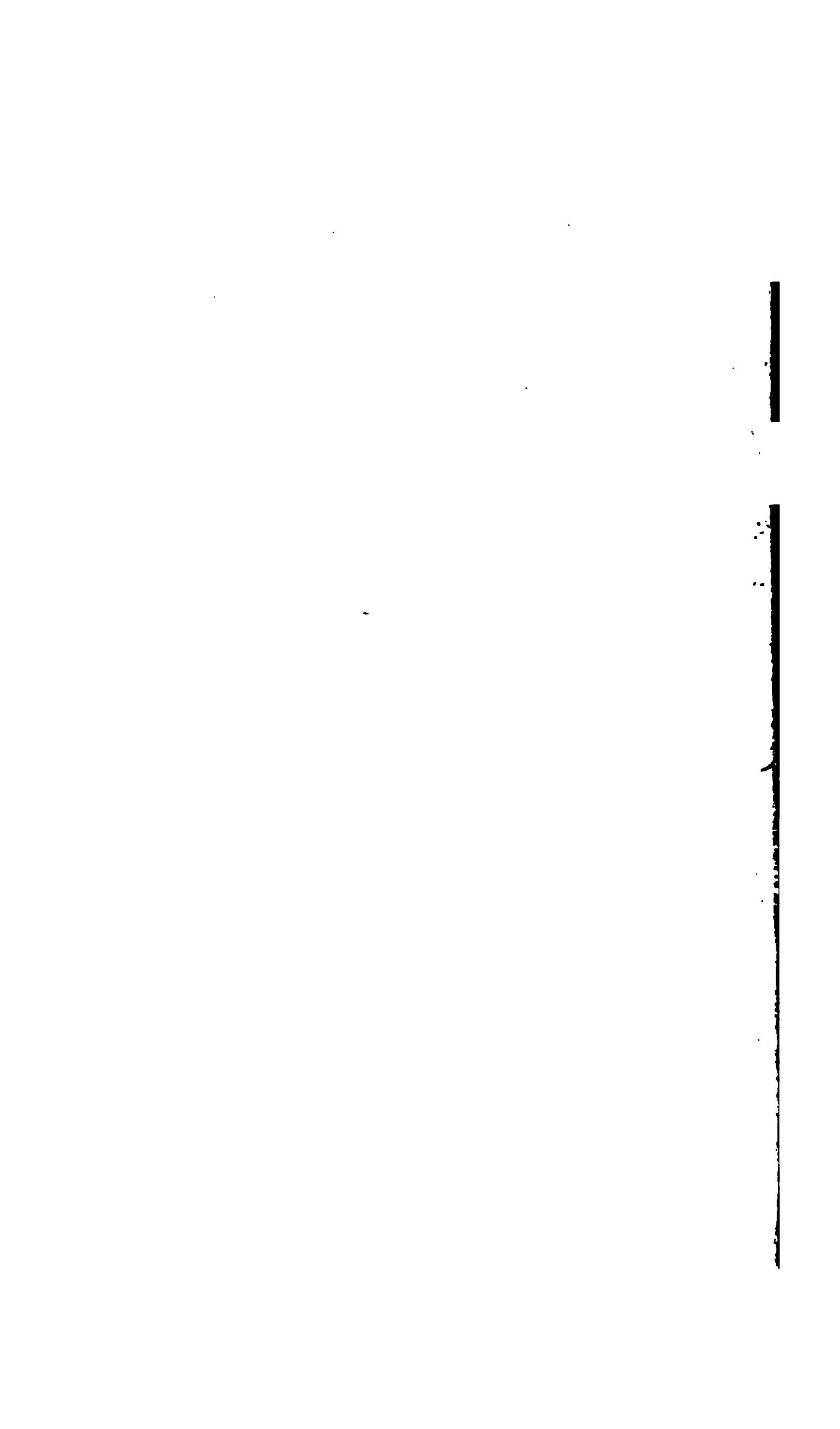
	Jan.	Febr
Hyperaemia cerebri (Kongestion nach dem Kopf)	2	—
Meningitis	—	—
Trismus und Tetanus.	—	1
Convulsiones	1	4
Epistaxis	—	—
Coryza.	3	10
Laryngotracheobronchitis	—	—
Bronchitis	9	17
Asphyxia imminens	—	—
Pleuropneumonia	13	5
[illegible]		

Jan.	Febr.	März.	April.	Mai.	Juni.	Juli.	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.	Summa.
—	—	1	1	—	—	—	1	—	—	—	2	5
—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
—	—	—	1	1	1	—	1	—	—	—	3	7
—	—	—	—	2	2	—	1	—	—	—	—	5
—	—	—	1	2	2	—	1	—	—	1	3	10
—	—	—	—	—	2	—	1	—	—	1	2	6
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	1	2	5
—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	2
—	—	—	1	3	3	—	1	—	—	—	3	11
—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1
—	—	—	1	3	2	—	2	—	—	—	3	11
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
2	3	1	—	—	—	—	—	2	—	2	—	10
2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	4
—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
—	—	1	—	—	—	—	—	1	1	2	1	6
—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1
												694.

ı b e l l e

ch den Symptomen während des Lebens bestimmt.

März.	April.	Mai.	Juni.	Juli.	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.	Für 1843 blieben	Summa.
—	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	5
—	1	—	—	—	2	—	—	—	—	—	3
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
—	—	—	1	—	1	—	—	—	2	1	9
—	1	—	—	—	—	1	1	—	—	—	3
3	16	12	2	3	2	3	5	3	4	—	66
—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	2
23	30	22	5	9	7	16	59	21	45	30	263
—	—	—	—	—	1	—	—	—	2	—	3
[illegible]	8	4	3	5	8	7	24	5	4	1	102





Ueber einige gefährliche Komplikationen der Masern, von Dr. Cathcart Lees, Arzt am Meath-Hospitale, an der South-Dublin-Union und am Pitt-Street-Institut für Kinderkrankheiten. [1])

Wiewohl die Masern gewöhnlich für eine unbedeutende Affektion gehalten werden, so dass man sie oft der Natur überlässt und allein mit Hausmitteln behandelt, so treten sie doch zuweilen mit so heftigen Symptomen auf, und in manchen Epidemieen enden so viele Fälle tödtlich, dass mehr Kinder hinweggerafft werden, als durch das Scharlach. Dies hängt hauptsächlich von ihren Komplikationen und Nachkrankheiten ab, die in jeder Epidemie eigenthümliche Züge darbieten. Ich glaube daher, dass es Pflicht eines jeden Arztes ist, der an grossen Krankenhäusern fungirt, die Resultate seiner Erfahrung bekannt zu machen, und die Charaktere, mit denen die Krankheit während seiner Beobachtungen, besonders in Betreff der epidemischen Verschiedenheiten, aufgetreten ist, genau mitzutheilen. Geschähe dies mit Sorgfalt, so könnte es wesentlich dazu beitragen, die Kenntniss der epidemischen Krankheiten zu fördern, und durch die numerische Zusammenstellung der Data, verbunden mit einer richtigen Würdigung ihres relativen Werthes, würden wir zur Erforschung der allgemeinen Gesetze gelangen.

Ich will einige der wichtigsten Fälle, welche in einer heftigen Masernepidemie, die jüngst unter den Kindern der South-Dublin-Union herrschte, und mit wichtigen Komplikationen verbunden war, mittheilen, in der Hoffnung, dadurch Andere, die sich unter ähnlichen Verhältnissen befinden, zur Veröffentlichung ihrer Beobachtungen zu bewegen, um so die Pathologie dieser Krankheit zu vervollständigen und aufzuhellen, die mit jedem Tage, wegen ihres oft tödtlichen Ausganges, mehr an Interesse gewinnt. So führt der berühmte Dr. Cheyne in seiner werthvollen Abhandlung über Laryngitis, die in der Cyklopädie über praktische Medizin abgedruckt ist, an, dass er im Jahre 1808, als die Masern epidemisch in Edinburgh grassirten, von dem Tode von mehr als 100 Personen im Laufe weniger Monate Zeuge war; in allen Fällen, wo der Larynx affizirt war, starben die Kranken.

Rilliet und Barthez führen in ihrem neuesten Werke über Kinderkrankheiten, unter dem Kapitel der Epidemieen, an, dass im Januar

---

1) Aus dem *Dublin Journal of medic. Sc.* September 1844 entnommen.

1837 von acht Mädchen, die von den Masern befallen wurden, sechs starben, und am Ende des Jahres von 19 Erkrankten neun erlagen; vom ersten Oktober bis zum 20. November 1839 starben von 20 im *Hôpital des Enfans malades* zu Paris behandelten Kindern 14.

Dr. Gregory, Arzt am Pocken-Hospital zu London, der durch seine Stellung für die erste Autorität in diesen Fällen gilt, sagt in seinen im Jahre 1843 gehaltenen Vorlesungen: „Die Masern nehmen bei uns an Heftigkeit zu, wenn sich auch nicht die Zahl der Befallenen steigert. Im Jahre 1748 starben nur 10 Individuen, im Jahre 1754 nur 12 an den Masern in London, wie aus den Sterbelisten hervorgeht, während die wöchentliche Durchschnittszahl in den letzten vier Jahren 30 ist, und die jährliche 1560."

Bei der vor Kurzem in Irland angestellten Zählung ergab sich, wie Dr. Wilde anführt, dass sich die durch Masern erfolgten Todesfälle im Jahre 1840 auf 4991 beliefen, was eine furchtbare Sterblichkeit ist, selbst angenommen, dass mehrere der unbedeutenderen Exantheme unter jener Klasse mit aufgeführt worden sind.

In einem vortrefflichen Aufsatze über Pathologie der Kinderkrankheiten, von Dr. Duncan im *Dublin Journal* (September 1842) veröffentlicht, legt derselbe mit Recht viel Gewicht auf die Komplikationen, die sich im Verlaufe der Masern entwickeln, und stellt zwei Quellen, woraus Gefahr erwächst, hin, „die eine, abhängig von dem erhöhten Grade der Gefässthätigkeit, welcher bis zur Vollendung des Zahnungsprozesses gewöhnlich stattfindet; die andere von der Enge des Larynx, die das Kind zu allen Zeiten mit einem plötzlichen Tode bedroht, auch wenn nur ein geringes Hinderniss in diesem zarten Organe vorhanden ist."

Obwohl diese Beobachtungen von der grössten Wichtigkeit sind, besonders in Betreff der Epidemie, die herrschend war, und die mit besonderer Heftigkeit Kinder unter zwei Jahren befiel, so hat doch die Epidemie, die ich vor Kurzem zu bekämpfen hatte, nicht denselben Verlauf gemacht, und ich werde deshalb zuerst diejenigen Fälle, wo Kinder befallen wurden, die noch nicht das zweite Jahr erreicht hatten, betrachten; zweitens mich mit denjenigen beschäftigen, die ältere Kinder heimsuchten, von grösserer Wichtigkeit waren, und nicht mit der nöthigen Aufmerksamkeit, die sie verdienen, beobachtet worden sind.

Wir können zwei Arten von Komplikationen bei den Masern unterscheiden. Die eine stellt sich zufällig ein und steht mit der Krank-

heit weder in unmittelbarer noch in fortwährender Beziehung; die andere besteht in einer Verschlimmerung einiger der Hauptsymptome der allgemeinen Affektion. Diese letztere Klasse ist, zumal bei Kindern, die gewöhnlichste. Da jedoch diese Komplikationen [1]) von den meisten Schriftstellern, die über Kinderkrankheiten geschrieben haben, abgehandelt worden sind, so werde ich nur diejenigen Fälle mittheilen, die, wie ich glaube, am besten über den Charakter der Epidemie Aufschluss geben, und dann zu der ersten Art, die bei älteren Kindern vorkam, übergehen.

Im Monat März 1844 brachen die Masern unter den Kindern aus, das Krankenhaus war um diese Zeit ganz überfüllt, so dass man keinen guten Gesundheitszustand annehmen konnte. Alle Kinder, die ergriffen wurden, waren verdriesslich, boten zuerst die Symptome des gewöhnlichen Katarrhs dar mit Thränen der Augen und Niesen; nach zwei oder drei Tagen erschienen einige dunkel gefärbte Papeln auf der Stirn und dem Halse; am Tage darauf zeigte sich ein unvollkommener Ausschlag von ähnlicher Beschaffenheit auf dem Körper und den Extremitäten; die katarrhalischen Symptome steigerten sich mit erschwerter Respiration und Fieber. Von vier Kindern, die auf diese Weise ergriffen wurden, und die am zweiten Tage nach dem Ausbruch des Exanthems starben, fand man die Lungen bedeutend mit Blut überfüllt, die kleinsten Bronchialäste sehr gefässreich, verbunden mit jener eigenthümlichen Form von Pneumonie, die von einigen Aerzten mit dem Namen *marginalis* belegt worden ist, d. h. die Ränder der vorderen und mittleren Lappen beider Lungen befanden sich in einem deutlich ausgesprochenen Zustande von Hepatisation, die sich ungefähr einen halben Zoll weit in die Lungensubstanz hineinstreckte, und genau umschrieben war. Es waren mehrere Flecke von extravasirtem Blute unter der Pleura vorhanden, die das Ansehen grosser Petechien hatten; einige von ihnen befanden sich unmittelbar unter der Pleura, andere in der Lungensubstanz. [2]) Ich wandte das warme Bad

1) Rilliet und Barthez führen in ihrem schätzenswerthen Werke an, dass sie unter 170 an Masern leidenden Kindern 24 Fälle von Bronchitis, 7 Fälle von Pneumonie ohne Bronchitis, 58 Fälle von Bronchitis mit Pneumonie beobachteten; letztere Komplikation ist sehr gefährlich, da von vier Kinder eins starb, und in einer Epidemie, die im Jahre 1837 im *Hôpital des Enfans malades* herrschte, belief sich die Zahl der Todesfälle auf drei von 4 Erkrankten.

2) Diese Erscheinungen, mit denen ich die *Pathological Society* bekannt machte, hängen offenbar von dem Schwächezustand, in dem sich die Kinder befinden, ab, und (wenn ich mich des Ausdrucks bedienen darf) von dem Mangel der Reaktion in den Lungen, welcher eine Kongestion in den vom Centrum der Zirkulation entferntesten Theilen zur Folge hat.

und Reizmittel bei zwei Kindern an, doch ohne irgend einen guten Erfolg, da der frühere Zustand dieser Kinder, die durch Elend und Krankheit sehr heruntergekommen waren, die Anwendung der Blutentleerungen oder irgend ein anderes antiphlogistisches Mittel, die ich sonst in solchen Fällen bei früher gesunden Kindern sich nützlich erweisen sah, nicht zuliess. In den anderen Fällen versuchte ich das *Ammonium muriaticum,* welches ich häufig bei skrophulösen Kindern, die an entzündlichen Krankheiten leiden, gebe, wenn ich den Merkur nicht zu verordnen wage, und wo der ***Tart. stibiatus*** oder andere Mittel durch ein Leiden des Darmkanals, wie im folgenden Falle, kontraindizirt sind.

Mary L., 7 Monate alt, ein schwächliches Kind, wurde am 30. April zu mir gebracht mit einigen dunkelrothen Papeln an der Stirn und am Halse (sie hatte einige Tage vorher an Katarrh, Niesen u. s. w. gelitten); es war bedeutendes Fieber vorhanden, kopiöser Durchfall, dreissig Mal täglich, von grünen wässerigen Stoffen, die, wie die Mutter sagte, die Haut wund machten; fortwährender starker Husten; Puls von 160 Schlägen. Obgleich die Symptome heftig waren, so war doch das Kind zu sehr herunter, um Blutentleerungen zu gestatten, oder selbst ein Bad zu verordnen, ich verschrieb daher:

℞ *Ammon. muriatic.* gr. xij,
Liq. Ammon. acetic. ℥β,
Morphii muriat. gr. $\frac{1}{8}$,
Aq. commun. ℥vij,
Syrup. simpl. ℥j.
MDS. Alle 2 Stunden 2 Esslöffel voll.

So fuhr ich fort bis zum 2. Mai, wo das Kind sich viel besser befand, nachdem der Ausschlag über den ganzen Körper hervorgekommen war; ich verordnete darauf eine milde expektorirende Mixtur, und die Kranke wurde vollkommen hergestellt.

Der hauptsächliche Charakter der Epidemie bestand in einer heftigen entzündlichen Affektion des Halses, die manche beachtungswerthe Eigenthümlichkeiten darbot, wovon der folgende Fall ein sehr eklatantes Beispiel giebt:

Mary D., 7 Monate alt, ein kräftiges Kind, aber von blassem gelblichen Aussehen, wurde am 1. April von Katarrh und Larynxhusten befallen; eine Eruption von undeutlichen Masernflocken erschien am 20sten an der Stirn und am Halse. Am Tage darauf hatte das Fieber sich sehr gemässigt, der heftige Husten, der besonders während

der Inspiration rauh war und den Charakter des Larynxhustens hatte, dauerte fort; der Pharynx war an seiner hinteren Wand leicht geröthet, doch fanden keine Ablagerung einer Pseudomembran oder Schlingbeschwerden statt; Geschwulst der Submaxillardrüsen war nicht vorhanden; man hörte ein grossblasiges, krepitirendes Rasseln an der Basis beider Lungen.

Mein Kollege, Dr. Shannon, kam mit mir überein, den Merkur zu geben, da offenbar eine bedeutende Affektion des Larynx mit Kongestion, wenn nicht mit Entzündung der Lungen vorhanden war; der Ausschlag stand noch auf dem Rumpfe und den Schenkeln. Wir verordneten demnach Blutegel auf den Larynx zu setzen und gaben innerlich:

℞ *Calomelan.* gr. iv,
Pulv. rad. Ipecac. gr. ij,
— *Doveri* gr. j.
M. f. pulv.
Divid. in part. aequales No. viij.
DS. Alle 2 Stunden ein Pulver zu nehmen.

Die Kranke schien sich anfangs bei dieser Behandlung zu bessern, war nicht so unruhig, doch dauerte der Husten fort; der Puls machte zwischen 140 und 160 Schläge; Dyspnoe war nicht vorhanden; doch starb sie am 28sten.

Es zeigte sich eine dunkle Röthe auf der hinteren Wand des Pharynx und am *Arcus pharyngopalatinus*, die mit einigen Flocken gelblicher Lymphe, welche an die darunterliegende Schleimhaut fest adhärirten, bedeckt waren; die Tonsillen waren nicht vergrössert; die Epiglottis schien verdickt und gleichsam durch die Entzündung zusammengeschrumpft zu sein, sie war mit einer dicken Kruste granulöser Lymphe fleckweise bedeckt, die darunterliegende Schleimhaut war bedeutend injizirt; unregelmässige Platten (*plaques*) der dünnen Membran erstreckten sich nach unten bis zur *Rima glottidis* und den Stimmbändern; die Schleimhaut der Trachea war geröthet und mit schleimig-purulentem Sekret bedeckt. Die die kleineren Bronchialäste auskleidende Schleimhaut zeigte eine intensive Röthe, und der hintere untere Theil beider Lungen befand sich im Zustande der Hepatisation. Die vorderen Lappen waren mit kleinen, opaken Tuberkeln angefüllt, und bedeutende Massen tuberkulöser Infiltration fanden sich in der Lungensubstanz, so wie in den Bronchialdrüsen. Die Leber war selbst für ein Kind sehr

vergrössert, blass, und bot mehrere grosse, weisse Flecke, die sich in die Substanz hinein fortsetzten, dar.

Dieser Fall, den ich als den Typus der Krankheit am besten repräsentirend auserlesen habe, ist in mehrerer Hinsicht der Beachtung werth: zuerst wegen der bedeutenden Affektion des Larynx, die schon sehr früh, am zweiten Tage, verbunden mit einem Ergriffensein des Pharynx, auftrat; denn, wiewohl ein heftiger Larynxhusten oft dem Erscheinen des Masernausschlages vorhergeht und in manchen Fällen für Krup gehalten worden ist, so tritt doch nicht schon am zweiten Tage eine so heftige Entzündung des Larynx auf und endet mit Ablagerung von Pseudomembranen; sicherlich ist dies nicht beim Krup der Fall, wenn auch, wegen der entzündlichen Symptome, die sich im Larynx und in der Trachea zeigten, mit Ablagerung von Pseudomembranen Viele geneigt sein möchten, diesen Zustand mit dem Namen Krup zu belegen; vielmehr glaube ich, dass ein genaues Eingehen in diesen Fall, so wie in die allgemeinen in anderen Fällen aufgefundenen Erscheinungen, die ich später mittheilen werde, hinlänglich beweisen werde, dass diese Fälle, wenn sie auch einige Aehnlichkeit mit dem Krup darbieten, doch sich wesentlich von jener Affektion unterscheiden. Erstens in Betreff der Symptome: der Anfall geschah nicht plötzlich, es war kein Zischen vorhanden; der Husten, wiewohl heiser und rauh, war nicht metallisch tönend; die Exspiration wich in ihrer Dauer nicht von der Inspiration ab; es waren keine Paroxysmen von Dyspnoe vorhanden, kein Gefühl von Erstickung, keine livide Färbung des Gesichts; auch wurde keine Pseudomembran ausgeworfen. Zweitens, was die objektiven Symptome anbetrifft: im Krup findet man die Fauces selten schon so früh entzündet, während dies hier in fast allen Fällen beobachtet wurde. Ferner waren die Pseudomembranen dünner, als sie sich im Krup zeigen, weicher, bildeten einzelne Flecke, und sassen nicht auf den Wänden des Larynx, indem sie hauptsächlich nur die Epiglottis überzogen.

Die Krankheit unterscheidet sich von der von Bretonneau beschriebenen Diphtheritis dadurch, dass das Fieber heftiger, die Uvula nicht ergriffen war, keine Geschwulst der Submaxillardrüsen sich zeigte, und das Aussehen der Schleimhaut keine Veränderung erlitten hatte; es scheint vielmehr eine heftige Form von Laryngitis gewesen zu sein, mit Erzeugung von Pseudomembranen verbunden, die wohl auf einen allgemeinen Zustand der Konstitution hindeutete, aber auf keine lokale Affektion, die durch irgend ein lo-

kales Mittel hätte beseitigt werden können. Was mich in dieser Ansicht bestärkte, ist, dass ich bei einem anderen Kinde, welches um dieselbe Zeit starb, das untere Drittheil des Ileum mit exsudirter Lymphe bedeckt fand, derjenigen genau gleichend, die wir im Halse antrafen, und ferner, dass in fast allen Fällen allgemeine Bronchitis mit Pneumonie (am häufigsten lobuläre) des hinteren unteren Theils beider Lungen vorhanden war, und Tuberkeln in allen Stadien sich durch die Lungensubstanz zerstreut zeigten.

Bei manchen Kindern war der Hals von Anfang an bedeutend affizirt, bei anderen trat dieser Zustand erst zur Zeit des Verschwindens des Ausschlages ein; in einem Falle, bei einem Kinde von 8 Monaten, wo die Masern sehr milde auftraten, und das sich ganz wohl befand, stellte sich ein mässiger Larynxhusten ungefähr gegen den achten Tag ein, es bewegte den Kopf unaufhörlich hin und her, war unruhig, verdriesslich, und fieberte; es starb ruhig am vierzehnten Tage. Ich fand eine geringe Injektion des Larynx und der Trachea, doch war eine bedeutende Pleuropneumonie der linken Lunge vorhanden, welche sich ganz unbemerkt entwickelt hatte.

Da die Pneumonie eine höchst gefährliche Komplikation in solchen Fällen ist, so sah ich natürlich die Nothwendigkeit ein, den Zeitpunkt, wo sie gewöhnlich auftritt, genau zu ermitteln. Von 48 Kindern unter zwei Jahren, die an den Masern litten, boten 40 die Symptome der Pneumo-Bronchitis dar, von diesen starben 8, 4 am zweiten Tage der Eruption des Exanthems, und bei diesen fand ich eine bedeutende lobäre [1]) Pneumonie im zweiten Stadium im hinteren unteren Theile beider Lungen, die, wie ich vermuthe, schon vor dem Ausbruch des Ausschlages begonnen haben muss. In den anderen Fällen erschien ein mässiges sekundäres Fieber zwischen dem fünften und achten Tage der Krankheit; beim Verschwinden des Ausschlages stellte sich, während die Kinder vorher wohl gewesen waren, grosse

---

1) Einige Schriftsteller, wie Gerhard und Rufz, haben das Vorkommen einer idiopathischen Pneumonie bei Kindern unter fünf Jahren geleugnet; jedoch habe ich mehrere Male Gelegenheit gehabt, Präparate dieser Affektion der Pathological Society zu Dublin vorzulegen. Rilliet und Barthez bemerken, dass unter 58 Fällen von idiopathischer Pneumonie der Kinder, 5 bei Kindern unter zwei Jahren, und 19 bei denen, die zwischen drei und fünf Jahre alt waren, vorkamen. Sicherlich hat der frühere Gesundheitszustand einen grossen Einfluss auf die Entwickelung der Krankheit; so waren unter 245 mit Pneumonie behafteten Kindern nur 38 früher ganz gesund gewesen. Dies hat also auch auf den anatomischen Charakter Einfluss; die akute idiopathische Pneumonie ist fast immer lobulär, zu welcher Lebensperiode sie auch auftreten mag.

Unruhe in der Nacht ein, starke Hitze und Durst, die Wangen waren geröthet, und geringer Husten, beschleunigte Respiration fanden statt. Ein grossblasiges Schleimrasseln konnte man an der ganzen hintern Wand des Thorax hören, dasselbe ging bald in eine deutliche Krepitation mit Dumpfheit des Perkussionstones über, der Husten steigerte sich, und die Kinder starben gleichsam erschöpft; in zwei Fällen, wo die gewöhnlichen Symptome der Bronchitis fehlten, die Dyspnoe aber bedeutend und die Blässe des Gesichts auffallend war, fand ich eine weitverbreitete lobuläre Pneumonie [1]); in den meisten Fällen aber waren der Pharynx, Larynx, die Trachea und die Bronchialschleimhaut stark injizirt; Stellen von lobulärer Pneumonie in verschiedenen Stadien zeigten sich in allen Theilen beider Lungen, mit Hinneigung in lobäre an der hinteren unteren Parthie einer oder beider Lungen überzugehen, und in der grösseren Zahl der Fälle waren diskrete oder infiltrirte Tuberkeln in den Lungen, mit käsiger Ablagerung in den Bronchialdrüsen, vorhanden.

Da ich befürchte, diese Abhandlung könnte den ihr bestimmten Raum überschreiten, so will ich kurz diejenigen Komplikationen, die bei Kindern über zwei Jahren vorkamen und am meisten zu beachten sind, mittheilen. Die Epidemie fand in den Monaten März, April und Anfangs Mai statt; während dieser Zeit wurden 147 Kinder befallen, von denen 35 zwischen zwei und fünf Jahren alt waren, von diesen starben 6; die übrigen 112 hatten ein Alter von fünf bis zwölf Jahren, von diesen starben 5; so zeigte sich also eine merkbare Abnahme in der Sterblichkeit mit der Zunahme des Alters. [2])

---

1) In dem vortrefflichen Werke über Kinderkrankheiten von Maunsell und Evanson bezweifeln die Autoren, ob jemals eine primäre idiopathische Pneumonie bei Kindern vorkomme, und behaupten, dass sie immer mit den Symptomen der Bronchitis beginne; ich kann mich nicht zu dieser Meinung bekennen, da ich, wiewohl die genaue Diagnose der Krankheit in manchen Fällen schwierig ist, oft Kinder behandelt habe, wo ich, obgleich die Symptome der Bronchitis fehlten, nicht an dem Bestehen einer Pneumonie zweifelte (und in manchen bestätigte die Sektion die Diagnose); in diesen Fällen trinkt das Kind einige Zeit hindurch gierig, dann lässt es die Warze fahren und ergreift sie von Neuem. Es ist gewöhnlich beim Kinde Dyspnoe vorhanden, die Gesichtsfarbe sehr blass, und von Zeit zu Zeit tritt ein trockner kurzer Husten, wie der einer Katze, ein.

2) Im ersten Augenblicke könnte Jemand, der mit den Krankheiten der Kinder in grossen Krankenanstalten nicht bekannt ist, über die grosse Verschiedenheit der Sterblichkeit in den verschiedenen Lebensaltern in Staunen gerathen, daher will ich die Ansichten des Dr. Senn in Genf, der durch seine Stellung als Arzt am *Hôpital des Enfans malades* in Stand gesetzt ist, hierüber zu urtheilen, hier mittheilen. Er sagt: „Die Beschaffenheit der Atmosphäre, in der man die Kinder verweilen lässt, erfordert eine grosse Aufmerksamkeit, damit sie nicht mit Miasmen

Erster Fall. Masern, Pneumonie, Anasarka.

Elise L., ein anscheinend gesundes Kind, wurde mit einem sehr dunkel gefärbten, nicht sehr entwickelten Ausschlage der Masern zu mir gebracht, der von Anfang an von grosser Dyspnoe, kurzem Husten, beschleunigter Respiration, bedeutendem Livor des Gesichts, Neigung zu Delirien, begleitet war; sie war so unruhig und eigensinnig, dass ich nicht im Stande war, die Lungen genau zu untersuchen; aber das Vorhandensein einer Pneumonie vermuthend, verordnete ich einen Aderlass, jedoch nur mit temporärer Erleichterung. Sie weigerte sich hartnäckig, Arznei zu nehmen, so dass ich nur den *Tart. stibiatus* in Molken geben konnte; das Gesicht und die Extremitäten schwollen am dritten Tage ödematös an, und am vierten nach dem Erscheinen des Ausschlages starb sie. Es war weitverbreitete Hepatisation der hinteren unteren Parthie beider Lungen vorhanden, zahlreiche diskrete und infiltrirte Tuberkeln befanden sich in den Lungen und käsige Ablagerung in den Bronchialdrüsen. Die Nieren waren mit Blut überfüllt. Es war keine *Suppressio urinae* vorhanden gewesen, wiewohl die Sekretion sparsam war.

Dieser Fall ist interessant sowohl wegen seiner Heftigkeit und seines schnellen Verlaufes, als auch wegen der eigenthümlichen lividen Färbung des Gesichts, welche der gleicht, die man in den wichtigsten Fällen von Herzkrankheiten beobachtet, und die mit kongestiver Bronchitis verbunden sind. Ich vermuthe, dass sie von einer eigenthümlichen Veränderung im Blute abhängt, ähnlich derjenigen, die in der *Scarlatina maligna* [1]) vorkömmt; ein anderer Fall der Art kam

---

überfüllt sei. Viele sollten nie in einem Zimmer zusammen gelassen werden. Man muss nur Kinderhospitäler besucht haben, um sich eine Idee von den nachtheiligen Einflüssen der mit schädlichen Ausdünstungen geschwängerten Luft zu machen, die von den Ausleerungen herrühren und die Sterblichkeit unter den ganz kleinen Kindern befördern. Wenn nur leicht erkrankte Kinder in diese Räume gebracht werden, so werden sie bald blass, magern ab und werden gewöhnlich von Durchfall und Pneumonie befallen, die unter solchen Umständen immer gefährlich sind. Die gesundeste Konstitution kann sie nicht vor den schwächenden Einflüssen der ungesunden Luft, die sie beständig einathmen, schützen, und dieser Schwächezustand scheint, anstatt der Neigung zu Entzündungen im Allgemeinen entgegen zu treten, gerade eine Disposition gewisser Organe, besonders des Gehirns, der Lungen und des Darmkanals, dazu zu erzeugen."

1) Dr. Stokes in Baltimore hat mir erzählt, dass in den kongestiven Fiebern in den südlichen Staaten Amerikas und in der *Scarlatina maligna* die Aerzte das Chlorkali geben als ein die Oxydation des Bluts beförderndes Mittel, und zwar mit gutem Erfolge. Ich wandte es im zweiten Falle an, jedoch ohne irgend einen Vortheil.

während der Epidemie bei einem Mädchen von 7 Jahren vor. Die bedeutende Entwickelung der Tuberkulosis war bemerkenswerth, da sie bis wenige Tage vor ihrem Tode zu den gesundesten Kindern der Anstalt gehörte, und doch ist es nicht möglich, dass sich solche tuberkulöse Massen in einigen Tagen gebildet haben sollten; denn wiewohl in manchen Fällen die krankhaften Veränderungen in Folge einer *Pneumonia vesicularis* für Phthisis gehalten worden und schwer zu unterscheiden sind, so konnte doch in diesem Falle kein Irrthum stattfinden, da noch keine Erweichung stattfand und die Infiltration der Tuberkelmaterie in beiden Lungen und in den Bronchialdrüsen ihren Sitz hatte.

Zweiter Fall. Masern, Peritonitis, Enteritis.

Mary M., 3 Jahre alt, ein schwächliches Kind, an *Ophthalmia scrophulosa* leidend, wurde in der Nacht von kopiöser Diarrhoe, sehr fötiden, grün gefärbten Ausleerungen mit grosser Unruhe und Durst befallen; eine unbestimmte Röthe erschien auf dem Körper, sie zog den Schenkel an den Leib an, beständig schreiend, und starb am folgenden Tage, nach einem leichten Anfalle von Konvulsionen; es war kein Aufstossen oder Erbrechen vorhanden gewesen.

Der Peritoneal-Ueberzug des Darmkanals und das Netz waren bedeutend injizirt, die Schleimhaut des Dünndarms sehr entzündet, die Bronchialschleimhaut stark mit Blut überfüllt.

Ich vermuthe, dass das vorangehende Fieber übersehen worden war, indem das Kind wegen einer anderen Krankheit im Bette gehalten wurde, und so die akute Unterleibskrankheit dem hervorbrechenden Ausschlage voranging. Es ist auffallend, dass in der Peritonitis der Kinder selten Erbrechen stattfindet.

Drei Mädchen litten an tief eingreifender Ulzeration der Vagina und des Mastdarms, wovon der folgende Fall ein Beispiel liefert.

Dritter Fall.

Bei der Margareth D., 7 Jahre alt, stellte sich, nach den gewöhnlichen Vorläufern der Masern, ein geringer papulöser Ausschlag auf der Stirn und auf dem Gesichte ein; am folgenden Tage (den 13. März) zeigte sich ein unbestimmter Ausschlag auf der Brust mit zahlreichen kleinen Bläschen, sie litt zu gleicher Zeit an heftigem Durchfall und Husten, der am 19ten den Charakter des Larynxhustens annahm; deshalb wurden Blutegel auf den Larynx gesetzt und einige

milde Expektorantia, aber kein Merkur gegeben. Die Symptome mässigten sich, aber die Blutegelstiche nahmen ein schlechtes Aussehen an, indem in ihrer Umgebung grosse Blasen hervorbrachen.

Sie sah nun sehr kachektisch aus, ihr Blick hatte etwas Stupides, Betäubtes, das Fieber einen adynamischen Charakter; der Puls war klein, machte 100 bis 110 Schläge. Sie klagte am 1. April über heftige Schmerzen beim Urinlassen, als die Wärterin bei der Untersuchung einen geringen Ausfluss aus der Scheide und Röthe der Schaamlippen bemerkte. Als ich sie am nächsten Tage untersuchte, fand ich die ganze linke Schaamlippe in ein tief eingreifendes Geschwür verwandelt; die Ulzeration erstreckte sich auch auf die rechte; die benachbarten Theile waren livide, aber keine Geschwulst oder irgend ein Ausfluss vorhanden. Mein Kollege, Dr. Shannon, besuchte sie mit mir. Wir legten gährende Breiumschläge auf diese Theile, und gaben innerlich China und Wein; bei dieser Behandlung besserte sie sich, das Geschwür nahm ein besseres Aussehen an, doch nun trat am Rande des Afters eine oberflächliche Ulzeration auf, die sich auf den Mastdarm ausdehnte; Diarrhoe stellte sich ein, ihre Kräfte nahmen nach und nach ab, und sie starb am 12ten, gerade einen Monat nach dem ersten Erscheinen des Ausschlages.

Bei der Sektion fanden wir ein tiefes, unreines Geschwür auf den unteren Stimmbändern; die Schleimhaut der Trachea und der Larynx war sonst gesund. Eine bedeutende Menge runder Tuberkeln sass im Zentrum der linken Lunge; es war Injektion und Verdickung des Mastdarms in seiner ganzen Ausdehnung vorhanden, mit oberflächlicher Geschwürsbildung, die sich vom Rande des Afters nach oben über die Schleimhaut ausbreitete; die Schaamlippen waren bedeutend zerstört, und grosse Geschwüre auf den sie umgebenden Theilen.

Bei zwei anderen Mädchen von 5 und 3 Jahren stellte sich Diarrhoe mit Tenesmus sehr früh nach der Maserneruption ein. Ich fand eine oberflächliche Ulzeration des Mastdarms, die am Rande des Afters zu beginnen schien, und sich auf die ihn umgebende Haut und nach oben auf die Schleimhaut ausdehnte. Beide Fälle endeten tödtlich, waren mit geringem Fieber und Diarrhoe verbunden. Bei der Sektion fand ich eine bedeutende Krankheit der Schleimhaut, des Dickdarms, besonders aber des Mastdarms.

Ich habe diese Fälle der Erwähnung werth gehalten, da diese Komplikationen der Masern zu den Seltenheiten gehören, denn ich finde sie in keinen neueren Abhandlungen über diesen Gegenstand an-

geführt. So erwähnt Dr. Gregory in seinen Vorlesungen des Ca*crum oris* als gelegentlicher Komplikation, spricht aber nicht v irgend einer anderen dieser Art. William Watson erzählt in sei Abhandlung über die putriden Masern, die er im Londoner Findelha beobachtete, dass die Mädchen, welche starben, gewöhnlich an bra ger Zerstörung der Schaamlippen litten und eine am Brande des M darms. Er führt keine Ursache dieser Komplikation an; in den Fä jedoch, die mir vorkamen, hatte gewiss die schlechte Atmosphäre, sich durch die Menge zusammengehäufter Kinder bildete, einigen l fluss auf die Bildung der Krankheit.

Die Ulzeration der Schaamlippen in dem ersten Falle glich von Kinder Wood in den *Medico-chirurgical Transaction* schön beschriebenen, besonders in dem schnellen Verlaufe, und sollte den Arzt von der Nothwendigkeit überführen, die Genit von einer verständigen Wärterin oder der Mutter während des laufs jeder heftigen fieberhaften Krankheit untersuchen zu lassen, es oft vorgekommen ist, und ich selbst von dergleichen Fällen Z war, wo Kinder für Konvaleszenten gehalten wurden, während andere und wichtigere lokale Affektion rapide Fortschritte an ein nicht gehörig untersuchten Theilen gemacht hatte. In den Fälle, ich angeführt habe, hatten die Ulzerationen ein gesundes Aussehen genommen, indem die Schorfe abfielen und eine granulirende Fl sich zeigte. Sie wurden mit der folgenden Salbe verbunden, die durch Milderung des Tenesmus und Verminderung des Fötors grossem Nutzen zeigte:

℞ *Chlorid. Calcis* ℈j,
Pulv. Opii gr. iij,
Axung. porc. ℥j.
M. f. Unguent.

Vierter Fall. Masern, Petechien, *Cancrum or*

Jane H., 7 Jahre alt, ein schwächliches Kind, hatte seit e Monate am Keuchhusten gelitten, als am 3. April ein Ausschlag nicht deutlich ausgesprochenen Masern im Gesicht und am Halse brach. Am nächsten Tage war sie dem Tode nahe; das Gesicht livide; bedeutende Dyspnoe, Husten, Puls sehr klein, machte Schläge; die Masern waren verschwunden, der Rumpf und die A waren mit kleinen, dunklen Petechien bedeckt. Ich verordnete einen grossen Löffel Wein alle zwei Stunden.

℞ *Mixtur. Camphor.* ℥vj,
Ammon. carbonic. gr. xij.
MDS. Alle 3 Stunden 2 Esslöffel voll.

Man hörte ein kleinblasiges Schleimrasseln über der ganzen Brust. Am nächsten Tage befand sie sich bei weitem besser, der Masernausschlag war auf dem Rumpfe wieder erschienen, jedoch noch dunkel gefärbt. Ich gab ihr nun die Senega mit *Ammon. carbonic.*, die sie gut vertrug, doch beobachtete man am 8ten eine geringe Anschwellung auf der rechten Wange, die glatt und glänzend war. Bei der Untersuchung zeigte sich eine tiefe, unreine Ulzeration am Zahnfleisch, über den Backenzähnen, mit oberflächlicher Geschwürsbildung der Wange. Ich betupfte die Theile mit *Argent. nitricum*, liess den Mund häufig mit einer Auflösung von Chlorkalk ausspritzen und fortwährend eine Salbe aus *Cupr. sulphuric.* ʒj und *Axung. porc.* ℥j einreiben. Sie erhielt China, Wein und Bouillon, und genas.

Dieser Fall, den man, wie ich glaube, früher für einen von schwarzen Masern gehalten haben würde, ist höchst interessant, in sofern er einen Beweis von der guten Wirkung der Reizmittel in einem frühen Stadium der Krankheit liefert, wenn auch einige Symptome von Pneumonie zugegen waren; doch wurde ich in meiner Behandlung durch die vorangehende, langdauernde und schwächende Krankheit, das Erscheinen von Petechien und den Mangel der stethoskopischen Zeichen der Pneumonie geleitet.

Zwei Mädchen von 6 und 8 Jahren wurden von einfacher Purpura und Durchfall befallen.

Fünfter Fall.

Jane W., 8 Jahre alt, früher gesund, bekam am 18. April einen milden Anfall von Masern, von heftigem Durchfall begleitet, die regelmässig verliefen; am achten Tage trat eine heftige Konjunktivitis hinzu, welche der gewöhnlichen Behandlung trotzte; am 10. Mai stellte sich der Durchfall wieder ein, mit bedeutendem Fieber; Haut heiss, Puls von 120 Schlägen, starker Durst; ich verordnete ihr

℞ *Plumb. acetic.* gr. xij,
Acet. destillat. ℥j,
Morphii acet. gr. $\frac{1}{4}$,
Aq. destillat. ℔j.
MDS. Alle 3 Stunden 4 Esslöffel zu nehmen.

Hiernach legte sich der Durchfall, am 12ten aber fand ich ihren Hals,

Brust und Arme mit Purpuraflecken bedeckt, die viel grösser als Flohstiche und von dunkelrother Farbe waren; das Zahnfleisch war nicht aufgelockert, die Zunge rein. Ich rieth ihr Fleisch zu geben und vier Unzen Wein täglich.

℞ Decoct. Chinae ℥vj,
Tinct. Catechu ℥β.
MDS. Dreimal täglich 2 Esslöffel.

Sie befand sich bis zum 21sten besser, als sie sehr unruhig ward, das Gesicht sich röthete, und die Ausleerungen dunkel gefärbt und fötide wurden. Ich gab ihr nun *Chinin. muriatic.* mit *Acid. muriatic.* und *Morphium muriatic.*, welches ich dem *Morphium acetic.* bei Kindern vorziehe, besonders wenn Neigung zum Durchfall vorhanden ist. Sie genas schnell und vollständig.

Der zweite Fall verlief fast auf dieselbe Weise.

Diese Fälle sind wichtig, da sie einen Beweis von dem innigen Verhältniss zwischen dem Zustande der Haut und der Schleimhäute liefern; denn ich zweifle nicht, dass die Diarrhoe, die so oft in den ersten Stadien der Masern auftritt, von einem krankhaften Zustande der Schleimhaut des Darmkanals abhängt, ähnlich dem der Bronchien, und im Beginn keine sehr energische Behandlung erfordert; wenn sich hingegen nach dem Verschwinden des Ausschlags heftiger Durchfall einstellt, so ist er oft von einer aktiven oder kachektischen Entzündung [1]) abhängig, mit Neigung zur Ulzeration oder Lympherguss, ähnlich der, die man im Larynx oder in der Trachea findet, wie im folgenden Falle.

Sechster Fall. Masern, Diarrhoe, Lympherguss auf der Schleimhaut des Darmkanals.

Jane R., 7 Jahre alt, wurde am 10. April von einer milden Form der Masern ergriffen; am 9ten Tage wurde sie unruhig, die Haut wurde heiss, Durst und heftiger Husten stellten sich ein; grosse Flecke von Purpura zeigten sich auf dem Körper und den Extremitäten, und sie starb am 9. Mai. Ich fand Stellen von lobulärer Pneumonie in

---

1) Dies sollte uns bestimmen, mit dem Gebrauche abführender Mittel, da wo ein Kongestionszustand vorhanden ist, vorsichtig zu sein. Ich habe vor Kurzem eine Dame gesehen, die durch ein Abführmittel, das im *Stadium decrementi* des Exanthems gegeben wurde, dem Tode nahe kam, indem sich eine sehr heftige Form von Cholera einstellte. Dr. Copeland erwähnt einer Masernepidemie, die auf dem Kap der guten Hoffnung im Jahre 1838 herrschte, wo die meisten Kranken in Folge von Enteritis starben.

den oberen Lappen und in Inneren beider Lungen, mit einigen Tuberkeln und käsiger Infiltration in den Bronchialdrüsen. Das untere Drittheil des Ileum war stark injizirt und mit einem Exsudat granulöser Lymphe, das sich in das Coekum hinein fortsetzte, bedeckt.

Zwei andere Mädchen, von sieben Jahren, starben um dieselbe Zeit und an demselben Tage nach dem Auftreten des Masernausschlages. In beiden Fällen stellte sich ein sekundäres Fieber am achten oder neunten Tage ein, mit heftiger Konjunktivitis und Symptomen von Pneumonie verbunden; ein weit verbreitetes subkrepitirendes Rasseln wurde an der hinteren Fläche beider Lungen gehört, mit Bronchialathmen an einigen Stellen und dumpfem Tone bei der Perkussion. Der Puls machte zwischen 90 und 120 Schläge; es trat ein hektischer Zustand ein, und sie starben, erschöpft durch das Reizfieber und den Husten. Ich fand die Lungen mit zerstreuten und infiltrirten Tuberkeln angefüllt, mit Stellen lobulärer Pneumonie in verschiedenen Stadien; in den Bronchialdrüsen befanden sich käsige Massen.

Drei bedeutende Fälle von Pneumonie kamen um diese Zeit vor. Ein Mädchen von 11 Jahren wurde am 3. April von heftigem Erbrechen befallen. Am nächsten Tage erschien ein Ausschlag auf dem Gesicht und Halse; ich sah sie am 5ten, ihr Gesicht war von livider Färbung und geschwollen; bedeutende Dyspnoe; Puls von 120 Schlägen; Schleimrasseln über der ganzen Brust. Ich liess zur Ader und setzte Schröpfköpfe, ohne irgend eine Erleichterung; *Tart. stibiatus* wurde zugleich gegeben, worauf Merkur folgte; doch die Krankheit trotzte jeder Behandlung. Bronchialathmen konnte man an mehrern Stellen der Lungen hören, mit lautem Schleimrasseln verbunden, besonders im hinteren unteren Theile, wo ein dumpfer Ton vorhanden war; sie starb am 13ten, zehn Tage nach dem Beginn der Krankheit. Die Bronchialschleimhaut war stark injizirt; Kerne von lobulärer Pneumonie waren durch die Substanz beider Lungen verbreitet, die wie durch kleine Abszesse punktirt schien; der untere hintere Theil beider Lungen war hepatisirt und Uebergang in das dritte Stadium stand bevor. [1]) In keinen Organ des Körpers fanden sich Tuberkeln.

---

1) Dieser Fall, der augenscheinlich einer von akuter Pneumonie war, die ins dritte Stadium überging, ist wegen seines seltenen Vorkommens interessant, und weil er beweist, wie schwierig das dritte Stadium der Pneumonie bei Kindern zu diagnostiziren ist; denn da keine Erweichung des Lungengewebes vorhanden ist, so sind die einzigen Symptome die der Hepatisation; das Schleimrasseln, welches

Ein anderes Mädchen von 4 Jahren befand sich bis zum neunten Tage wohl, als Hitze, Unruhe, und von Zeit zu Zeit kurzer Husten eintrat, aber ohne dass irgend eine besondere Aufmerksamkeit erforderlich gewesen wäre; Puls von 120 Schlägen; die Nasenflügel dilatirten sich beträchtlich bei der Inspiration. Bei der Untersuchung nahm ich Bronchialathmen an der Spitze der rechten Lunge wahr, zu dem sich von Zeit zu Zeit Schleimrasseln gesellte. Ich setzte Blutegel und gab ihr *Tartar. stibiatus;* sie wurde hergestellt.

Der andere Fall kam bei einem dreijährigen Kinde vor, das am achten Tage von heftigem Fieber, beschleunigter Respiration und kurzem Husten befallen wurde. Ich fand ein weitverbreitetes, subkrepitirendes Rasseln an der Wurzel beider Lungen, an dessen Stelle am nächsten Tage Bronchialathmen trat. Ich setzte Blutegel, verordnete Schröpfköpfe, und gab innerlich Kalomel mit Ipekakuanha, durch welche Behandlung die Entzündung zertheilt wurde.

Da die Pneumonie die häufigste Komplikation der Masern ist, in fast allen tödtlich endenden Fällen vorkömmt, so will ich einige Eigenthümlichkeiten, die ich genau aufgezeichnet habe, anführen. Erstens scheint sie einen spezifischen Charakter zu besitzen, der sich durch ihre Neigung, in der lobulären Form aufzutreten und beide Lungen entweder zu gleicher Zeit oder innerhalb weniger Stunden zu ergreifen, ausspricht. Sie ist sehr geneigt, in das dritte Stadium überzugehen, und diese Fälle sind oft für akute Phthisis gehalten worden. Sie kann im *Stadium prodromorum* mit der Eruption, im *Stadium decrementi,* oder während der Konvaleszenz auftreten; geht sie dem Ausbruch des Exanthems voran, so ist sie gewöhnlich eine lobäre und leicht zu erkennen; tritt sie aber auf, während der Organismus durch das Exanthem leidet, so ist sie lobulär. Dies ergiebt sich daraus, dass, wenn während der Konvaleszenz ein Intervall von wenigen Tagen zwischen dem Nachlass des Eruptionsfiebers (zehn oder zwölf Tage) und einem Anfall von Pneumonie stattfindet, die Pneumonie in diesem Falle gewöhnlich lobär ist; wenn hingegen andere Komplikationen während dieser Zeit eintreten, so dass der Organismus noch von der primären Krankheit affizirt ist, so ist die Pneumonie in fast allen Fäl-

---

bei Erwachsenen von grossem Werthe ist, verliert diese Wichtigkeit bei Kindern, denn es ist fast immer vorhanden. Ferner kann uns die Expektoration keinen Aufschluss geben.

len lobulär, und eine grössere Sorgfalt ist dann erforderlich, sowohl in der Diagnose als auch in der Behandlung; denn es giebt keinen schwierigeren Fall, als wenn die Pneumonie bei einem geschwächten oder kachektischen Individuum auftritt, das früher an anderen Affektionen litt; in solchen Fällen zeigte sich mir die Senega von grossem Nutzen.

Manche andere wichtige Fälle [1]) kamen während der Epidemie vor, doch will ich sie nicht ausführlich mittheilen, da ich glaube, dass die obigen hinreichen werden, um zu beweisen, dass in der Krankheit ein gewisses Prinzip vorwaltend ist, das, wenn auch in Betreff des Grades der Lebensenergie, mit der der Organismus begabt ist, verschieden modifizirt, dennoch zu gleicher Zeit mit grosser Verminderung der Nervenkraft und Lebensenergie verbunden sein kann, wiewohl eine krankhafte Thätigkeit akuter und fieberhafter Art vorhanden ist.

Obschon einige Schriftsteller leugnen, dass in Folge von Masern eine grössere Neigung zur Entwickelung von Tuberkeln als nach irgend einem anderen Exanthem stattfindet, so bin ich doch von dem Gegentheil überzeugt, und werde durch die Autorität Guersent's in meiner Ansicht bestärkt, der durch seine langjährige Erfahrung als Arzt am Kinderhospitale zu Paris im Stande ist, darüber zu entscheiden. Er meint, dass man es als das sicherste Zeichen einer gesunden Konstitution ansehen kann, wenn in einem Falle, wo früher Symptome von tuberkulöser Kachexie vorhanden waren, der Kranke gänzlich nach dem Masernanfall hergestellt wird, und es sehr unwahrscheinlich sei, dass früher eine Disposition zu tuberkulösen Ablagerungen vorhanden gewesen. Mein Kollege, Dr. Stokes, dessen Erfahrungen über Brustkrankheiten grosses Vertrauen verdienen, erzählt mir, dass ihm mehr Fälle von ***Phthisis tuberculosa*** vorkommen, wo die ersten Symptome sich von einem Anfall von Masern herschreiben, als von dem irgend eines anderen Exanthems; er ist der Meinung, dass die örtliche Reizung, die zu einer spezifischen Krankheit hinzutritt, jene Disposition hervorrufen kann. Dass eine örtliche Reizung allein sie nicht zu erzeugen im Stande ist, beweist die Untersuchung derjenigen, die an Bronchitis starben; und in den Masern ist, wie ich glaube, diese spe-

---

1) Bei sehr vielen Kindern erschien ein vesikulöser Ausschlag an den Fingern, Handgelenken, und breitete sich über den Körper aus; besonders zahlreich war er an den Füssen und Knöcheln, er sah wie Skabies aus, doch juckte er nicht und die Bläschen waren platt.

zifische Tendenz hinlänglich erwiesen: erstens durch die eigenthümliche Form der Pneumonie [1]), welche die Masern fast immer begleitet, und zweitens durch die Disposition, Tuberkeln in den drüsigen Organen zu erzeugen, besonders in den Bronchialdrüsen, die ich in allen tödtlich endenden Fällen, wo Tuberkeln vorhanden waren, mit tuberkulöser Materie infiltrirt fand.

---

1) Dr. **Charles West** in London scheint sich in seiner schätzenswerthen Abhandlung über die Pneumonie der Kinder, die in der *British and Foreign Medical Review* abgedruckt ist, der Ansicht einiger französischen Schriftsteller anzuschliessen, dass „die lobuläre Pneumonie eine Folge der sich von den Bronchien auf die Lungensubstanz ausbreitenden Entzündung ist"; doch glaube ich, eine oberflächliche Betrachtung wird zeigen, dass das nicht der Fall sein kann; erstens spricht der anatomische Charakter dagegen, da die Krankheit in einzelnen Kernen, die von gesundem Lungengewebe umgeben sind, auftritt, und sich hierdurch wesentlich von der sogenannten vesikulären Pneumonie oder *Bronchitis capillaris* unterscheidet, die eine häufige Komplikation, sowohl der lobären, wie lobulären Pneumonie ist, indem sie an den Rändern der entzündeten Lappen vorkömmt, wie in den Fällen von *Pneumonia marginalis*, die ich im obigen Aufsatz beim Eingange angeführt habe, und die wahrscheinlich der Ausbreitung der Entzündung von den kleinsten Bronchialästen auf das Parenchym der Lunge ihre Entstehung verdankt; zweitens, wenn ihr jene Ursache zu Grunde läge, so müsste sie in Fällen von idiopathischer Bronchitis, die wir täglich bei Kindern und Erwachsenen beobachten, viel häufiger vorkommen. Ausserdem bemerkt Dr. **West** selbst (zur Unterstützung der Meinung, dass die Pneumonie bei jungen Kindern als ein primäres idiopathisches Leiden auftritt), dass unter 50 Fällen von idiopathischer Pneumonie, deren Entstehung er sorgfältig beobachtet habe, nur in 15 katarrhalische Symptome vorhergegangen seien; so dass seine eigene Angabe offenbar dagegen spricht, dass die Pneumonie durch Weiterverbreitung der Entzündung sich bilde. Ich bin vielmehr der Ansicht, dass wir die Bronchitis als die prädisponirende Ursache der Entzündung des Lungenparenchyms ansehen müssen, aber sicherlich nicht als die sie hervorrufende.

Dr. **West** glaubt ferner, dass, da sich die Kinder in den französischen Hospitälern unter sehr ungünstigen hygieinen Umständen befanden, den entzündeten Lappen Gelegenheit gegeben wurde, ihre Zustände einander mitzutheilen, und hierdurch die Entzündung allgemein wurde, indem er auf diese Weise die Verbreitung von der Zeit abhängig hält; doch wiewohl seine Abhandlung beweist, dass er ein verständiger Praktiker ist, so scheint ihm doch die spezifische Tendenz der Krankheit, in den Masern diese Form anzunehmen, entgangen zu sein; und wiewohl mir entgegnet werden kann, dass die Fälle, die ich mitgetheilt, diesen anatomischen Charakter darboten, weil sie in einer überfüllten Pensionsanstalt vorkamen, so kann doch hierin der Grund nicht liegen, da ich oft Fälle in der Privatpraxis unter ähnlichen Erscheinungen beobachtet habe, und mich Dr. **Stokes**, dessen Privatpraxis sehr bedeutend ist, versichert hat, die Pneumonie, die in den Masern auftrete, sei gewöhnlich eine lobuläre.

II. Analysen und Kritiken.

Ueber die Kretinenanstalt auf dem Abendberge.

(*L'Abendberg, Établissement pour la guérison et l'éducation des Enfants crétins à Interlacken, Canton de Berne. Premier rapport par le Dr. Guggenbühl, Fribourg* 1844.)

In dieser kleinen Schrift hat Dr. Guggenbühl die ersten Resultate seiner Wirksamkeit auf dem Abendberge bekannt gemacht, und zugleich von der Einrichtung seines Instituts und seiner Behandlungsweise Rechenschaft abgelegt. Wenn man schon der energischen Ausführung jeder grossen Idee Bewunderung zollen muss, so muss dies im vorliegenden Falle um so mehr geschehen, wo ein junger Arzt, schmerzlich ergriffen durch jenen traurigen Krankheitszustand, welcher den Menschen fast zum Thiere herabwürdigt, und begeistert für die Idee, die Menschheit von dieser Plage zu befreien, dieser Idee seine Existenz zum Opfer bringt und sich auf dem Gipfel eines 3000 Fuss hohen Berges von der Welt abschliessend, nur der Ausführung seiner grossen Idee und der daraus erwachsenden Ausbeute für die Wissenschaft zu leben beschliesst.

Schon Saussure hatte nachgewiesen, dass in der Schweiz der Kretinismus die Höhe von 3000 Fuss über der Meeresfläche nicht überschreite, und aus diesem Grunde hatten auch die Gebrüder Wenzel den Rath gegeben, die Kinder, sobald sich nur die ersten Spuren der Krankheit zeigen, auf die Berge zu bringen. Da nun die reine Alpenluft eine unerlässliche Bedingung zur Kur des Kretinismus ist, so wählte Dr. Guggenbühl zur Gründung seines Instituts den Abendberg, welcher, umgeben von den höchsten Bergspitzen der Berner Hochalpen, zwischen dem Thuner- und dem Brienzersee, vor vielen anderen den Vorzug einer reinen, erquickenden Bergluft gewährt.

Der Verfasser betrachtet die sogenannten torpiden Skropheln als den ersten Grad oder wenigstens als sehr nahe verwandt mit dem Kretinismus. Nach seinen Beobachtungen ist die Zeit der ersten Dentition den Kindern besonders gefährlich, wenn sie auch anscheinend ganz gesund und blühend sind. Die Krankheit beginnt mit Schwäche. Das Kind verlernt wieder das Gehen, kann sich nicht mehr aufrecht halten, und die unteren Extremitäten scheinen gleichsam paralysirt zu sein. Während die Gesichtszüge unverändert bleiben, verliert der Kopf das Gleichgewicht und neigt sich wie bei einem neugeborenen Kinde.

Die Sprache verliert sich. Bei genauerer Untersuchung findet man die Knochen hier und da angeschwollen und erweicht; zuweilen, besonders wenn paralytische Erscheinungen in den unteren Extremitäten sich einstellen, leiden auch die Sakral- und Lumbarwirbel. Der Kopf nimmt eine winklige Form an, die Stirn wird höher, und die *Tubera frontalia* springen ungewöhnlich stark vor. Die grosse Fontanelle bleibt bis in das 4te oder 6te Jahr offen. Diese Knochenveränderungen bilden aber keineswegs eine konstante Erscheinung der Krankheit; in allen Fällen aber zeigen sich Störungen der Digestion, ein gespannter Leib, unregelmässiger Appetit, meistens Heisshunger und hartnäckige Verstopfung. Die Haut ist kalt, schlaff und wenig empfindlich, nicht selten mit rothen Flecken besetzt. Welkheit der Muskeln begleitet diesen Zustand. Allmälig verliert auch das Kind seine gute Laune, wird träge, stumpfsinnig, und endlich eine Beute des Kretinismus, welcher bald alle seine physischen und psychischen Eigenschaften vernichtet. Einige lehrreiche Krankengeschichten veranschaulichen sowohl die Phänomene der Krankheit, wie die durch die Methode des Dr. Guggenbühl bewirkte fortschreitende Heilung.

Nach des Verfassers Beobachtungen ist das Kind bis zum 7ten Lebensjahre den deleteren Einflüssen des endemischen Kretinismus ausgesetzt. Erst um diese Zeit, wenn das Gehirn eine grössere Ausbildung erreicht hat, vermag es den schädlichen Einwirkungen Widerstand zu leisten. Man kann übrigens die Disposition zum Kretinismus schon in der Wiege erkennen. Kopf und Arme des Kindes bleiben längere Zeit als gewöhnlich schlaff und hängend; es verfolgt nicht die Gegenstände mit den Augen, die Muskeln sind welk und blass, die Zunge wird dick, die Stimme kreischend, der Kopf nimmt eine ungewöhnliche Form an, spitzt sich gegen die Stirn hin zu, und wird über den Augenbrauen und in der Schläfengegend deprimirt. Das Hinterhaupt springt in der Regel stark vor, und selten ist es abgeplattet. Die Zahnbildung geschieht bei solchen Kindern sehr langsam, und wenn die Sprache sich ausbildet, bemerkt man bedeutende Schwierigkeiten, die Kehlbuchstaben auszusprechen. Konvulsionen sind eine nicht seltene Erscheinung. Dennoch spricht die Erfahrung dafür, dass eine zweck- und zeitgemässe Behandlung im Stande sei, solche Kinder zu heilen und der menschlichen Gesellschaft wiederzugeben. Man hat es dahin gebracht, dass solche Unglückliche nicht allein sprechen, lesen und schreiben lernten, und religiöse Begriffe bekamen, sondern auch beim Ackerbau und bei häuslichen Beschäftigungen thätig sein konnten.

Die beiden ersten Lebensjahre eignen sich vorzüglich für die Behandlung im Institut des Abendbergs. Sind die Kinder älter, so richtet sich der Grad ihrer Wiederherstellung und Entwickelung nach dem ihrer Stupidität und Fähigkeit, zu artikuliren.

Esquirol und viele Andere haben bekanntlich Idiotismus und Kretinismus für gleichbedeutend angenommen. Der Verf. spricht sich gegen diese Ansicht aus, sagt vielmehr, dass es zwischen beiden noch viele Intermediärzustände gebe.

Was nun die auf dem Abendberge übliche Behandlungsweise betrifft, so ist sie folgende: Da der grösste Theil der Kranken aus kleinen Kindern im 1sten Lebensjahre besteht, die fast dieselbe Sorgfalt wie Neugeborne erfordern, so ist die erste Indikation, auf die Körperkonstitution zu wirken. Tägliche Bäder, deren Wasser durch einen starken elektro-magnetischen Rotationsapparat eine stimulirende Kraft bekommt, in Verbindung mit dem Gebrauch des Leberthrans, des Jodeisens, der China, des Wildegger Wassers und dem steten Genuss der reinen Alpenluft, genügen zur Erfüllung dieser Heilanzeige. Ziegenmilch ist ein treffliches Nahrungsmittel für diese Kinder. Geistige Ausbildung darf nur mit grosser Vorsicht begonnen werden. Einwirkung auf die Sinne muss hier das Erste sein; so lernen sie z. B. die ersten Elemente der Sprache aus einer figurirten Grammatik. (Der Verf. empfiehlt: „Die Kunst, mittelst Zeichen zu denken und zu sprechen, von Czech.")

Einige Bemerkungen des Verfassers über die anatomischen Erscheinungen des Kretinismus beschliessen diesen ersten Bericht, dessen Auszug wir theils der darin enthaltenen Thatsachen halber, theils um die Aufmerksamkeit auf das wohlthätige Institut des Abendbergs hinzulenken, hier mitzutheilen nicht versäumen wollten.

Ueber Gehirn- und Rückenmarkskrankheiten der Kinder.

(Die Krankheiten des Gehirns und Rückenmarks bei Kindern. Durch Krankheitsfälle aus dem ersten Kinderspitale erläutert von L. W. Mauthner. Wien 1844, 8. mit Abbild.)

In einer Zeit, wie die unsrige, wo der Verein vielfacher begünstigender Verhältnisse die Medizin von Neuem in jene Verwirrung zu stürzen droht, aus welcher sie sich emporzuarbeiten kaum begonnen hat, muss jedes Werk, welches die rein praktische Tendenz mit wissenschaftlicher Form angemessen zu verbinden weiss, mit um so leb-

hafterem Interesse begrüsst werden. Gewiss wird Niemand wagen, die grossen Verdienste, welche sich die Mikroskopie um Anatomie und Physiologie erworben hat, anzutasten, noch die Resultate zu schmälern, welche aus derselben für die Medizin hervorgegangen sind; allein man kann leider nicht umhin, an der Unumstösslichkeit jener Resultate einigermaassen zu zweifeln, wenn man die Widersprüche bedenkt, die sich bei den Untersuchungen selbst der ausgezeichnetsten Männer ihres Faches ergeben haben. Indessen hat die „mikroskopische Schule" (man kann sich in der That dieses Ausdrucks jetzt bedienen) doch den grossen Vorzug der Beobachtung voraus; leider lässt sich dies von einer anderen nicht sagen, welche nur im Aufstellen von Systemen, im Schaffen neuer Nomenklaturen, das Heil für die Medizin zu erblicken scheint, wenn man auch nicht leugnen kann, dass einzelne treffliche Leistungen eben dieser Schule zuzuschreiben sind. Um so grössern Dank müssen wir einer Richtung des Studiums zollen, welche, fern von jeder unfruchtbaren Spekulation, dem ärztlichen Forschen zuerst einen festen Grund und Boden zu schaffen strebt, auf welchem das Gebäude der Pathologie, so sicher als möglich vor dem leider nur zu oft erfolgten Einsturz, ruhen kann; dies Verdienst kommt unbestreitbar der neueren Wiener Schule zu, der man vielleicht nur den Vorwurf machen könnte, dass sie, etwas zu einseitig dem Studium der pathologischen Anatomie obliegend, die Erscheinungen der Krankheit im lebenden Körper nicht mit dem gleichen Eifer zu erforschen und beide dann in Einklang zu bringen sucht. In dem vorliegenden Werke hat der uns befreundete und hier hochverehrte Herr Verf. die Leichenbefunde in der That weniger hervorgehoben, als man von dem dirigirenden Arzte einer Wiener Klinik erwarten sollte; allein dies thut dem Buche keineswegs Eintrag, da durch Billard's, Cruveilhiers u. A. Untersuchungen über diesen Gegenstand bereits hinreichendes Licht verbreitet worden ist. Des Verfassers Absicht war es, wie er selbst in der Vorrede gesteht, ein Buch von rein praktischer Tendenz zu schreiben, weshalb er auch alle historischen Angaben fallen liess. Die Beobachtung am Krankenbette war ihm Hauptsache, und aus diesem Grunde hat er sein Werk mit zahlreichen Krankengeschichten ausgestattet, die gleichsam zur Erläuterung des Textes dienen sollen. Für die passende Auswahl derselben bürgt der Name des Verfassers, und seine langjährige Stellung als Direktor eines der grössten Kinderspitäler, in welchem in einem Zeitraum von 7 Jahren über 15,000 Kinder behandelt wurden. Wir glauben daher an-

nehmen zu dürfen, dass die hier folgende kritische Analyse des genannten Werkes nicht ohne Interesse für das ärztliche Publikum sein wird.

Der Anfang des ersten Abschnittes ist allgemeinen Betrachtungen über die Gehirnkrankheiten der Kinder überhaupt gewidmet. Unter 15,836 kranken Kindern, die bis zum Schlusse des Jahres 1843 in das Kinderspital gebracht wurden, befanden sich 1747 Hirnleiden, woraus hervorgeht, dass ungefähr der zehnte Theil der Kinder gehirnkrank war. Aus den ferneren statistischen Untersuchungen ergiebt sich, dass Leiden des Unterleibs sich weit häufiger mit Gehirnkrankheiten kompliziren, als Störungen im respiratorischen Systeme, dass ferner die Monate Juni, Juli und August, und diejenigen Jahreszeiten, in welchen Scharlach, Keuchhusten und Typhus herrschten, der Entwickelung von Gehirnaffektionen vorzugsweise günstig waren. Das Geschlecht scheint keinen wesentlichen Einfluss auf die grössere oder geringere Frequenz der Hirnleiden zu haben, wohl aber das Lebensalter. Aus den Berechnungen des Verfassers ergiebt sich, dass Kinder zwischen dem ersten und zweiten Jahre jenen Krankheiten am häufigsten unterworfen sind.

Der Verf. geht nun zu einigen Betrachtungen über die Diagnose der Gehirnleiden im kindlichen Alter über. Da uns hier im Allgemeinen wenig Neues geboten wird, so sei es uns vergönnt, nur einige der Hauptmomente hervorzuheben. Es ist bekannt, wie häufig in der Praxis die Gehirnkrankheit eines Kindes einer äusseren Verletzung des Kopfs zugeschrieben wird. In vielen Fällen hat man darin ohne Zweifel Recht, allein man geht zu weit, denn da Kopfverletzungen bei Kindern, namentlich aus den niederen Ständen, etwas Alltägliches sind, so müssten nach jenem Grundsatze Gehirnkrankheiten ungleich häufiger sein, als sie es leider schon sind. Mit Recht bemerkt daher der Verfasser: „Gewiss die wenigsten Kopfleiden sind blos äusseren Ursprungs, und nichts ist für das praktische Handeln wichtiger, als den Gang jener pathischen Prozesse von ihren ersten Anfängen zu verfolgen, deren letzte und gefährlichste Blüthen Gehirnleiden sind." Seite 6 sagt der Verf.: „Entweder sind die Kinder bei Gehirnleiden schlafsüchtig oder schlaflos." Das Erstere ist bekanntlich ungleich häufiger der Fall; um so mehr hat man sich in der Praxis zu hüten, bei vorkommender Schlafsucht eines Kindes, zumal wenn dieselbe mit Uebelkeit, Erbrechen und Stuhlverstopfung verbunden ist, sogleich eine drohende Hirnaffektion anzunehmen, und eine antiphlogistische Behand-

lung da einzuleiten, wo nur in der antigastrischen das Heil des Kranken zu suchen ist. Es lässt sich aus dem Prädominiren des Gehirns im kindlichen Alter erklären, dass jede fieberhafte Erregung leicht einen schlafsüchtigen Zustand herbeiführt, während sie bei Erwachsenen meistens das Umgekehrte, Schlaflosigkeit, zur Folge hat.

Das ungünstige Mortalitätsverhältniss hirnkranker Kinder ist leider nur zu bekannt. Der Verf. beobachtete, dass im Allgemeinen der neunte Theil unterliegt, dass aber von den schwereren Erkrankungen des Gehirns kaum der vierte zu retten ist.

Von den allgemein therapeutischen Bemerkungen heben wir besonders eine hervor. Der Verf. empfiehlt Ruhe, Stille, Dunkelheit und Kühle in allen Phrenopathieen als die ersten Maassregeln des therapeutischen Wirkens. In der That muss man sich wundern, da doch bei Krankheiten der Lungen und des Darmkanals auf die Abhaltung der äusseren Reize ein so hoher Werth gelegt wird, dass bei Leiden des Gehirns dieser Umstand oft so wenig berücksichtigt wird. Und dennoch ist kalte Luft oder reizende Nahrung nicht schädlicher für die Schleimhaut der Respirationswege und des Alimentarkanals, als es grelle Eindrücke auf den Seh- oder Hörnerven für das erkrankte Gehirn sind, welches nur mittelst dieser Organe mit der Aussenwelt in Verbindung steht.

Die Reihe der einzelnen Gehirnkrankheiten eröffnet nun die Beschreibung der Gehirnkongestion, oder Gehirnreizung, die auch wohl unter dem Namen ***Febris cephalica*** bekannt ist.

Bei mehr als zwei Drittheilen der an verschiedenen Krankheiten Gestorbenen fand der Verf. eine Hyperämie des Gehirns, die sich nicht immer durch bestimmte Symptome im Leben kundgegeben hatte. Der Verf. unterscheidet eine aktive und passive Hirnkongestion, deren erstere wieder blos in den Hirnhäuten oder auch in der Substanz des Organs selbst ihren Sitz haben kann. So trefflich nun auch der Verf. die übrigens bekannten Symptome dieser Krankheit schildert, müssen wir doch gestehen, dass uns die Unterscheidung der peripherischen Kongestion von der zentralen fast etwas zu subtil erscheint. Als Beispiel diene nur die Bemerkung des Verfassers, dass bei ersterer der Kopf heiss, bei letzterer hingegen nicht auffallend warm sei. Der Verf. selbst giebt übrigens zu, dass bei höherem Grade der Hyperämie diese unterscheidende Lokalisation aufhöre, die auch für die Praxis gar keinen Werth hat.

Das sogenannte Reizungs- oder Kopffieber, welches das erste

Stadium vieler fieberhaften Krankheiten bildet, beruht, nach dem Verf., ebenfalls in einer aktiven Kongestion zum Gehirn.

Was die Behandlung dieses krankhaften Zustandes betrifft, so bemerken wir, dass der Verf. bei sehr akuten Fällen auch bei kleinen Kindern, sobald sie nur über ein halbes Jahr alt sind, sich nicht scheut, einen Aderlass zu machen. Der Puls giebt ihm keine Indikation dazu, sondern Vollblütigkeit, Betäubung nach vorausgegangenen heftigen Konvulsionen. Die Operation ist übrigens nicht ganz leicht, da man nur selten die Vene sehen, meist nur fühlen kann. Bei kleinen 2—3jährigen Kindern genügt eine Blutentleerung von 2 Unzen und das Verkleben der Wunde mit einem Stück englischen Pflasters. Die übrige Behandlung ist zu allgemein bekannt, als dass wir hier länger bei derselben verweilen sollten. Wichtig ist der Rath des Verfassers, so viel als möglich die Aufregung der Kinder beim Eingeben der Arzneien zu vermeiden, daher übelschmeckende Mittel, wenn es nicht dringend nöthig ist, nicht in Anwendung zu bringen. Der Verf. geht sogar so weit, aus diesem Grunde die Applikation der Blutegel so lange wie möglich zu verschieben, weil die Kinder dabei stets unruhig werden und schreien, ein Verfahren, welches, unserer Meinung nach, wenig Nachahmer finden dürfte. Bei der Anwendung des Brechmittels empfiehlt der Verf. grosse Vorsicht, und mit Recht; allein der Zusatz, dass es in den meisten Fällen widerrathen werden muss, weil dadurch die Kongestion leicht zur Entzündung oder zur Apoplexie gesteigert werden kann, hätte vielleicht eine ausführlichere Besprechung verdient. Fälle, in denen eine gastrische Reizung bei Kindern die heftigsten Kopfschmerzen, injizirte Augen, Schwindel u. s. w., kurz alle Symptome der Gehirnkongestion hervorruft, kommen alle Tage vor, und ein einziges Emetikum genügt nicht selten, alle diese Zufälle verschwinden zu machen. Die Furcht vor Apoplexie aber scheint gewiss übertrieben, wenn wir an die treffliche Wirkung der Brechmittel in der *Haemorrhagia cerebri* selbst denken.

Unter den erzählten Krankengeschichten war uns in therapeutischer Beziehung besonders die zweite auffallend. Sie betrifft einen acht Monate alten Knaben, bei welchem die Hirnkongestion von heftigen Konvulsionen begleitet war. Trotz des zarten Alters scheute sich der Verf. nicht, sechs Blutegel an die Scheitelfontanelle, und zwei hinter jedes Ohr zu verordnen. Also 10 Blutegel und noch eine starke Nachblutung bei einem 8 Monate alten Kinde! Dies energische, von glücklichem Erfolge begleitete Verfahren scheint uns auf-

zufordern, in wichtigen Fällen selbst bei kleinen Kindern mit den Blut-
entleerungen nicht zu sparsam zu sein.

Wir müssen frei bekennen, dass die nun folgende Darstellung der **passiven Kongestion** uns weniger zugesagt hat, als die der akti-
ven. Wir wollen hier nicht auf die Statthaftigkeit oder Unstatthaftig-
keit einer solchen Benennung überhaupt eingehen, sondern verweisen nur auf Seite 31, wo es heisst: „Die passive Kongestion entwickelt sich schnell aus der aktiven, wenn zu energisch der vorhandene ge-
ringe Reizungszustand durch Blutentleerungen bekämpft worden ist, denn nie darf man unberücksichtigt lassen, dass ein gewisser Grad von Blutfülle im Gehirn normal ist, und dass, sobald dieser unter das Normale sinkt, mit den Symptomen langueszirender Kräfte zugleich sehr gefahrvolle Kopfzufälle eintreten können." Aus dieser Bemer-
kung scheint hervorzugehen, dass der Verf. den **Blutmangel des Ge-
hirns** als ziemlich gleichbedeutend mit seiner passiven Kongestion an-
nimmt, womit aber eine andere Bemerkung auf derselben Seite im Widerspruche steht. Hier spricht nämlich der Verf. von jenen Kin-
dern, die von Geburt an schwächlich sind, und an Schlaflosigkeit, Er-
brechen, Flatulenz, Durchfall u. s. w. leiden. „Bei ihnen", sagt er, „entwickelt sich leicht eine **venöse Plethora**, deren Wirkung zu-
erst im Kopfe hervortritt." Bei einer so schwankenden Bestimmung kann auch die Therapeutik nicht klar und sicher konstituirt werden, und man erkennt dies bereits aus einer Bemerkung des Verfassers, dass bei der passiven Kongestion höchstens Blutegel und kühle Um-
schläge, nie aber Aderlässe und Eisumschläge anwendbar seien. Die mitgetheilten Krankengeschichten veranschaulichen uns den Begriff der passiven Kongestion auch nicht viel deutlicher als der Verf. durch seine Explikation, indem er Seite 33 nur andeutet, dass, während die aktive Kongestion nicht selten wirklich protopathisch ist, die passive stets nur aus einem tieferen Kranksein des kindlichen Organismus entspringe, z. B. typhöse Fieber, allgemeine Atrophie, *Tabes mesenterica* und andere wichtige Krankheiten begleite.

Die **Apoplexie**, der Schlagfluss, spontane Gehirnblutung, bildet nun die zweite der beschriebenen Krankheiten. In der neueren Zeit haben wir uns gewöhnt, den Namen **Apoplexie** immer mit dem Gedanken an eine Hämorrhagie innerhalb des Gehirns oder zwischen seinen Membranen in Verbindung zu bringen. In dieser Bedeutung dürfen wir den Ausdruck hier nicht nehmen, da Gehirnblutungen, we-
nigstens spontane, bei Kindern nur äusserst selten vorkommen. Der

Verf. definirt den Namen Apoplexie ganz auf die alte Art und Weise: „Eine plötzlich eintretende Störung der äusseren und inneren Sinnesthätigkeit, des Bewusstseins und der willkührlichen Bewegung bezeichnet im Allgemeinen die Hirnapoplexie. — Hierbei dauern die Verrichtungen des Athmens und des Kreislaufs fort.“ Die Apoplexie des Verfassers kann daher sehr verschiedene Veranlassungen haben; er selbst führt Gehirnerschütterung, akute seröse Ergiessung, Lähmung (?), Asphyxie und Narkose an. Da aber die Symptome oft nur die einer sehr heftigen Kongestion sind, und diese auch gewöhnlich die Veranlassung ist, so hätte der Verf. vielleicht besser gethan, um Wiederholungen zu vermeiden, derartige Fälle schon oben bei der Darstellung der Kongestion mitzutheilen, wodurch das Kapitel über Apoplexie an Klarheit und Einfachheit gewonnen haben würde.

Zahlreiche Sektionen haben dem Verf. ergeben, dass die frühzeitige gänzliche Ablösung der harten Hirnhaut von der Glastafel meist als die Folge einer bedeutenden kongestiven Stasis im Leben zu betrachten sei. Auch macht der Verf. darauf aufmerksam, dass bei kleinen Kindern die freiere Kommunikation der Gefässe der Hirn- und Kopfhaut mit denen des Kraniums viel dazu beitrage, die Gefahr der Apoplexie zu vermeiden, und er neigt sich demgemäss zur Ansicht von Rilliet und Barthez, welche das Cephalämatom zur Klasse der Hirnblutungen zählen. Er theilt dann zur Bestätigung seiner Ansicht den Fall eines 3 Wochen alten Mädchens mit, welches in einem soporösen Zustande, fast athemlos dalag, und nach der spontanen Entwickelung mehrerer runder, dunkelrother, weicher Geschwülste auf der Kopfhaut wieder genas.

Von grossem Interesse ist die 20ste Krankengeschichte, in welcher uns der Fall eines 3jährigen an skrobutischer Diathese leidenden Mädchens berichtet wird, welches in Folge einer im Innern der Schädelhöhle erfolgten Blutung apoplektisch starb. Dieser Fall erinnerte uns lebhaft an einen ähnlichen, den wir vor Kurzem beobachtet haben, und wo die Weigerung der Eltern leider die Sektion vereitelte. Er betraf ein junges Mädchen, welches schon mehrere Jahre an der sogenannten Werlhoffschen Blutfleckenkrankheit litt, plötzlich aber von Konvulsionen befallen wurde, und in einem soporösen Zustande starb. Wahrscheinlich hätten sich hier ähnliche Veränderungen, wie in dem vom Verf. mitgetheilten Falle ergeben.

Die beiden folgenden, sehr umfangreichen Kapitel sind nun der Darstellung der Hirnentzündung und des hitzigen Wasserkopfs

gewidmet. — Der Verf. macht zuerst die sehr wahre Bemerkung, dass die Encephalitis bei Kindern keineswegs so ungemein häufig sei, wie viele Aerzte glauben, sondern dass in der Praxis die Kongestion mit ihren verschiedenen Graden und Formen oft damit verwechselt werde.

Da die Symptome dieser Krankheit allgemein bekannt sind, so wird man uns erlassen, dem Verf. in der Beschreibung derselben zu folgen. Es sei uns nur vergönnt, auf einige Bemerkungen aufmerksam zu machen, welche die Krisen der Krankheit betreffen. Der Verf. bemerkt, dass die kritischen Ausscheidungen sämmtlich sehr stark sauer reagiren, und sucht daraus einen relativen Mangel an Sauerstoff in den übrigen Körpertheilen zu erklären. Er setzt dann hinzu: „Die Kinder wollen daher nichts als frisches, sauerstoffreiches Wasser trinken, das ihnen oft aus zu grosser Aengstlichkeit verweigert wird." Wir bekennen offen, dass uns diese Erklärung etwas gesucht erschien; müsste man nicht auch die einfache Thatsache, dass nach jedem starken Schweisse dasselbe Verlangen nach frischem Wasser sich einfindet, auf dieselbe Art deuten?

Auf den nächstfolgenden Blättern sucht der Verf. die unterscheidenden Merkmale der Meningitis und Encephalitis näher zu bestimmen. Seine reiche Erfahrung berechtigt den Verf. zu diesem Versuche; ob aber wirklich während des Lebens beide Krankheiten genau von einander unterschieden werden können, möchten wir fast bezweifeln. Auch wird für die Praxis selbst wenig damit gewonnen. Weit mehr würde dies der Fall sein, wenn wir im Stande wären, den Sitz der Entzündung an einer bestimmten Stelle des Zentralorgans zu ermitteln; allein wir brauchen nicht zu erwähnen, wie selten wir im Stande sind, dieselbe mit Gewissheit festzusetzen, es giebt fast nur ein Mittel dazu, und dies ist die genaue Erforschung der betheiligten Nerven, wodurch sich z. B. eine Meningitis der *Basis cerebri* einigermaassen zu erkennen giebt. Dies ist ein Punkt, der bei der sonst so trefflichen Darstellung des Verfassers ganz unbeachtet geblieben ist, der aber wohl einer ausführlichen Erörterung werth gewesen wäre.

Es wurde bereits oben erwähnt, dass der Verf. die Encephalitis und den *Hydrocephalus acutus* streng von einander scheidet. Er stützt sich dabei namentlich auf die Beobachtung, dass, während die Hirnentzündung als selbstständiger inflammatorischer Prozess auftritt, der *Hydrocephalus acutus* die im Gehirn lokalisirte Manifestation sehr verschiedenartiger Krankheitsprozesse sei, z. B. des Typhus, der Skrophulose u. s. w. Auch die verschiedene Reihenfolge

der Erscheinungen soll beide Krankheiten von einander unterscheiden. Der soporöse Zustand, der schon den Beginn der Encephalitis bezeichnet, soll beim Hydrocephalus gewöhnlich erst gegen Ende der Krankheit eintreten u. s. w.

Zur Veranschaulichung des Gesagten lässt nun der Verf. eine Menge Krankengeschichten folgen, die viel Lehrreiches enthalten. Dennoch sei uns die Bemerkung erlaubt, dass der Verf. nicht selten da eine wirkliche Meningitis anzunehmen scheint, wo vielleicht nur eine heftige Kongestion zu den Hirngefässen stattfand; wenigstens scheint dies in der 30sten Krankengeschichte (S. 83) der Fall gewesen zu sein. Der Verf. erzählt hier den Fall eines 7jährigen Kindes, welches in Folge zu frühen Ausgehens nach den Masern betäubt, sehr unruhig wurde, eingefallene Augen bekam, in der Nacht aufschrie u. s. w. Dies sind die Symptome, durch welche der Verf. sich berechtigt glaubt, eine Meningitis annehmen zu dürfen. In der That war auch die Krankheit nach 10 Tagen, ohne dass ein Blutegel an den Kopf gesetzt wurde, vollständig gehoben; kalte Ueberschläge machten das ganze antiphlogistische Verfahren aus. Wir müssen noch anführen, dass der Verf. dem kalten Sturzbade grosse Heilkräfte in den entzündlichen Kopfaffektionen der Kinder zuschreibt; er berichtet z. B. S. 91 einen Fall, in welchem er rieth, den vorher abgeschornen Kopf unter einen Pumpbrunnen zu bringen, und ihn so durch eine Viertelstunde der vollen Kraft des Wasserstrahls auszusetzen. Nach zwei Tagen war das schon aufgegebene Kind hergestellt. Im Widerspruche damit stehen die Erfahrungen Heim's, welcher gerade das Sturzbad verwirft, und den Kopf nur mit kaltem Wasser sanft begiessen lässt.

S. 96 sagt der Verf.: „Eine der gewöhnlichsten Arten von Hirnentzündung ist jene, welche aus öfter wiederkehrenden aktiven Kongestionen sich entwickelt." Dies wird gewiss Niemand bestreiten; allein nun folgt der Zusatz: „Wenn diese Gehirnreizung von Störung des Blutumlaufes in den Athmungs- und Verdauungswerkzeugen erregt, und durch die Einwirkung reizender Schädlichkeiten gesteigert wird, so endet sie mit plastischer Ausschwitzung." Wir wissen nicht, ob der Verf. damit behaupten will, dass nicht auch jede andere Art von Meningitis, z. B. eine traumatische, ohne Leiden der anderen Systeme, eine plastische Ausschwitzung zur Folge haben kann. Die Versuche der neueren Zeit haben doch herausgestellt, dass die Entzündung der serösen Häute überhaupt von Anfang an ein Exsudat setzt, was

aber in der Regel erst dann bemerkt wird, wenn seine Quantität zugenommen hat.

Wichtig ist die Beobachtung des Verfassers, dass bei den meisten Fällen entzündlicher Hirnleiden Kongestion im Rückenmark vorhanden ist, obwohl die Leichenbefunde, Injektion der Häute, seröse Ansammlungen, sich nicht immer im Leben zu erkennen geben.

In Bezug auf die Pathogenie des ***Hydrocephalus acutus*** bemerkt der Verf., dass der allgemeine Krankheitszustand, auf welchem derselbe wurzelt, bis zum Augenblicke der Entwickelung der Krankheit im Gehirne latent bleiben könne. Namentlich sei dies beim Typhus, Skorbut, und jenen Blutentmischungen der Fall, die durch Uebernährung, Ueberreizung, hitzige Getränke, und aus künstlicher Frühreife des Geistes entstehen. Uebrigens scheint der Verf., man erlaube uns diese Bemerkung, in Bezug auf die Trennung der Hirnentzündung vom ***Hydrocephalus acutus***, noch mit sich selbst in Zwiespalt zu sein. Denn S. 108 sagt er, dass man auch das Exsudat, welches die Folge einfacher subakuter Entzündungen des Gehirns und seiner Hüllen sei, als akute Hirnhöhlenwassersucht bezeichnen müsse, setzt aber dann hinzu: „besonders nach Gehirnerschütterungen bei zarten erethischen Individuen, die meist den Habitus florider Skrophulose an sich tragen". Nach den weiter oben ausgesprochenen Ansichten des Verfassers könnte eine Hirnentzündung unter diesen Verhältnissen gar keine einfache mehr sein, wie er sie doch selbst hier nennt.

Unter 1747 Hirnleiden bot fast der vierte Theil Erscheinungen dieser Krankheit dar, allein in allen Fällen waren frühere Leiden vorausgegangen, und bildeten wichtige Komplikationen desselben. Am häufigsten sind dies krankhafte Störungen des Verdauungs- und Athmungssystems. Der Verf. giebt deshalb den weisen Rath, bei dem sogenannten Hydrocephalus Brust und Unterleib stets genau zu untersuchen und bemerkt: „je strenger und genauer diese Regel befolgt wird, desto seltener wird der Name des primitiven hitzigen Wasserkopfes in unseren Sterbetabellen erscheinen."

Die Aufzählung der übrigens allgemein bekannten Symptome würde uns hier zu weit führen; wir heben nur hervor, dass der Verf. den charakteristischen Schrei der Kinder (Coindet's ***Cris hydrencephaliques***) und eben so das Einfallen des Unterleibes für sehr bezeichnende Erscheinungen des hitzigen Wasserkopfs hält. „Die Wiederkehr der gasförmigen Sekretion im Darmkanal", bemerkt er, „hat sich mir in manchen Fällen als ein günstiges Vorzeichen bewährt."

Dies allmälige Einsinken des Unterleibs dient auch dem Verf. zur Unterscheidung des durch Gehirnleiden bedingten Sopors von demjenigen, der durch Unterleibsaffektionen veranlasst wird, eine Unterscheidung, die S. 117 und 118 sehr praktisch durchgeführt wird.

Abercrombie war bekanntlich der Erste, welcher in seinem trefflichen Werke über Gehirnkrankheiten die Erweichung der Ventrikelwandungen und der sogenannten Zentraltheile des Gehirns als eine Haupterscheinung des *Hydrocephalus acutus* bezeichnete, und dieselbe von einem vorausgegangenen entzündlichen Prozesse ableitete. Mauthner theilt diese Ansicht nur zum Theil, indem er sagt, dass der Hydrocephalus bisweilen mit der weissen Erweichung der zentralen Markgebilde verbunden sei, diese aber keineswegs immer als ein Produkt von Entzündung betrachtet werden dürfe. Nach seiner Beobachtung kommt diese Form des Hydrocephalus besonders bei geistig frühreifen Kindern mit hypertrophischem Gehirne vor, ohne dass eine äussere Ursache aufzufinden wäre.

Was die Behandlung der in Rede stehenden Krankheit betrifft, so wird diese vom Verf. nicht speziell angegeben; er verweist vielmehr auf die mitgetheilten Krankengeschichten, die uns darüber belehren sollen. Man kann dem Verf. hieraus keinen Vorwurf machen, da bei seiner Ansicht von dem Wesen dieser Krankheit „ein allgemeines Heilverfahren hier nicht ausreichen wird, sondern stets die mehr oder weniger deutlich ausgesprochenen speziellen Ursachen des Leidens berücksichtigt werden müssen".

Der *Hydrocephalus acutus* ist bekanntlich eine der tödtlichsten Kinderkrankheiten; nicht minder die echte Meningitis. Man hört zwar oft in der Praxis davon sprechen, dass ein Kind die Gehirnentzündung ein oder sogar mehrere Mal überstanden habe; allein selten hat man es dann mit einer wirklichen Meningitis, sondern oft nur mit einer Kongestion zu thun gehabt, die sich z. B. in der Umgebung von Hirntuberkeln gebildet hatte. Der Verf. bemerkt mit Recht, dass für die Heil- und Unheilbarkeit des hitzigen Wasserkopfes lethale Fälle gar nichts entscheiden, da man ihnen gegenüber die geheilten nicht untersuchen kann, und wenn dies auch möglich wäre, doch niemals nachweisen könnte, dass ein Exsudat da war, indem es bei erfolgter Heilung bereits absorbirt sein müsste. Der Verf. theilt indess 3 Fälle mit, in denen er den Symptomen nach die Diagnose auf Hydrocephalus stellen zu müssen glaubte, und welche dennoch durch ein angemessenes Heilverfahren gerettet wurden. In dem ersten Falle traten

die Cerebralerscheinungen nach einem Keuchhusten ein, und wurden durch wiederholte topische Blutentleerungen und Purgirmittel, später durch China und laue Regenbäder beseitigt. Die glückliche Entscheidung des Leidens scheint hier durch profuse, viele Tage anhaltende Schweisse bewirkt worden zu sein. Die beiden anderen Kinder, bei denen ein Fall auf den Kopf und eine impetiginöse Diathese Anlass zur Krankheit gaben, verdankten der Anwendung des ***Kali hydrojodicum*** ihre Genesung.

Mit mehr Ausführlichkeit, als bisher in irgend einem anderen Werke über Kinderkrankheiten, finden wir das Kapitel über Hirnwucherung (***Hypertrophia cerebri***) behandelt. Die Hypertrophie des Gehirns entwickelt sich stets langsam und allmälig. Sie beruht auf einem theils angeborenen, theils erworbenen rhachitischen Habitus. Dies wird man dem Verf. zweifelsohne zugeben, allein keineswegs die folgenden Behauptungen. „Die Hypertrophie des Gehirns", sagt der Verf., „entsteht auf rhachitischem Boden im Gefolge einer chronischen passiven Kongestion, die bei Erwachsenen in den Organen des Pfortadersystems Leber- und Milzanschoppung, und bei Kindern in dem drüsigen (?) Zentralgebilde des Nervensystems krankhafte passive Volumvermehrung verursacht." Wir wollen hier nicht weiter den Ausdruck „drüsiges Zentralgebilde des Nervensystems" näher untersuchen, da wir nicht glauben, dass der Verf. noch der alten Ansicht von der drüsigen Beschaffenheit des Gehirns huldigt, vielmehr annehmen, dass dieser Ausdruck hier nur gewählt wurde, um den kurz zuvor erwähnten Leber- und Milzanschoppungen zu entsprechen. Wir bemerken nur, dass eine passive Kongestion im Sinne des Verfassers wohl eher zu serösen Ausschwitzungen als zur Hypertrophie führen würde. Um so mehr muss dies der Fall sein, wenn die Kongestion durch einen verhinderten Rückfluss des Blutes veranlasst wird, wo bekanntlich das Durchschwitzen seröser Flüssigkeit durch die Venenwandungen eine gar häufige Erscheinung ist. Und dennoch führt der Verf. eine solche Veranlassung, nämlich die langdauernde Umschlingung des Halses mit der Nabelschnur und das Steckenbleiben des Kopfes, als Ursache der Hypertrophie auf. Wir wollen nicht in Abrede stellen, dass nicht auch sogenannte passive Kongestionen Hypertrophie erzeugen können; ein Beispiel bietet gleich die Umfangszunahme der Leber, die nicht selten Folge einer Affektion des rechten Herzens ist. Aber die Leber behauptet unter den Organen des Körpers doch bei weitem nicht den *hohen* Rang, wie das Gehirn, und noch dazu im kindlichen Alter, und

deshalb möchten wir einige Zweifel hegen, dass das Gehirn, ohne gewaltsam dagegen zu reagiren, einen Kongestivzustand so lange zu ertragen vermag, bis es zur Hypertrophie gekommen ist.

Sehr schätzenswerth für die genauere Erforschung dieses Krankheitszustandes sind die genauen Untersuchungen, welche der Verf. in Bezug auf das Wachsthum und die Gewichtsverhältnisse des Gehirns angestellt hat. Es sei uns deshalb vergönnt, die erhaltenen Resultate hier vollständig mitzutheilen.

Die Hirnmasse ist von der Geburt an bis zum 8ten Jahre in stetem Zunehmen begriffen. Das mittlere Gewicht in diesem Zeitraum beginnt mit $13\frac{1}{2}$, und gelangt bis auf $35\frac{1}{2}$ Unzen. Im ersten Lebensjahre wächst es um 7 Unzen, im zweiten um 5, im dritten um $6\frac{1}{2}$, und im vierten bis achten um $3\frac{1}{2}$ Unzen. Hieraus folgt, dass das Gehirn im ersten Jahre am stärksten, im zweiten und dritten noch stark, vom vierten Jahre an aber langsamer wachse. Endlich ist es auffallend, dass das Minimum meist bei Atrophie oder Phthisis, das Maximum bei Pneumonie, Scharlach, Apoplexie, Hirntuberkulose vorkömmt.

Von grosser Wichtigkeit ist das Verhältniss des Schädels zum Gehirne. Elsässer hat nachgewiesen, dass ungewöhnlich weiche Schädelknochen Hypertrophie der Hirnsubstanz, und diese wieder durch Druck auf den Schädel Kraniotabes herbeiführe. Diese Erweichung der Schädelknochen leitet Elsässer bekanntlich von Rhachitis her; ist sie nun einmal zu Stande gekommen, so empfindet das Gehirn selbst um so leichter jeden äussern Druck, besonders beim Liegen des Kindes auf dem Hinterhaupte; dadurch bildet sich, wie der Verf. meint, ein Zustand passiver Kongestion, und in Folge desselben Hirnwucherung.

Was die Symptomatik der Hirnhypertrophie betrifft, so unterscheidet der Verf. eine passive und aktive, eine lokale und allgemeine, endlich ob das Kranium an der übermässigen Ernährung Theil nimmt oder nicht.

Die Hirnwucherung giebt sich zuerst durch eine Vergrösserung und kugelige Form des Hinterhaupts kund; die Scheitelbeinhöcker treten mehr hervor, die Pfeil- und Kreuznath bleibt oft noch über den 12ten Monat hinaus offen, die vordere Fontanelle ist weit offen, das Gehirn durch dieselbe fühlbar, der Haarwuchs verkümmert, die Kopfhaut sehr und ihre Venen stark injizirt. Man sieht hieraus, dass die Konfiguration des Kopfs nicht genügen dürfte, diese Krankheit

vom *Hydrocephalus chronicus* zu unterscheiden. Auch die anderen Symptome, die der Verf. anführt, gehören ebensowohl der einen wie der anderen Krankheit an, vielleicht mit Ausnahme der später eintretenden widernatürlichen Erweichung und Verdünnung der Schädelknochen vom Hinterhaupte, in welchem die Vorsprünge des wuchernden Gehirns gelagert sind. Der Verf. selbst gesteht S. 177, dass die Hirnwucherung mit dem chronischen Wasserkopfe viel Aehnlichkeit habe, und verspricht, später auf die Unterscheidung beider Krankheiten wieder zurückzukommen.

Am Leichnam erkennt man die Hirnhypertrophie daran, dass nach Eröffnung des Schädels und Entfernung der Duramater die Hirnmasse sogleich über den Knochenrand vordrängt; die Windungen sind abgeplattet, die Vertiefungen flach, die Seitenventrikel klein und leer. Der Verf. setzt hinzu: „Der Hirnknoten, die *Medulla oblongata* und die Sehnerven sind fest und wie erhärtet." Bekanntlich sind aber diese Theile schon im gesunden Zustande sehr derb und hart.

Die Behandlung wird danach modifizirt werden, ob Rhachitis, oder ob übermässige Ernährung der Krankheit zu Grunde liegt. Während im ersten Falle *Calamus aromaticus,* der Eisensalmiak mit Rheum sich nützlich zeigt, empfiehlt der Verf. im zweiten Falle das *Kali hydrojodicum,* Fussbäder, kleine Vesikatore auf den Rücken u. s. w.

Die nachfolgenden Krankengeschichten bieten viel Interesse dar. Wir machen namentlich auf diejenigen aufmerksam, welche die Beziehung des Scharlachausschlags zur Hirnwucherung darthun, namentlich aber auf die 59ste, welche die lokale Hypertrophie des rechten *Thalamus opticus* betrifft, die mit Lähmung der linken Extremitäten verbunden war. Der Verf. bemerkt, dass beim Weinen der linke Mundwinkel verzogen wurde, woraus hervorzugehen scheint, dass der *N. facialis* der rechten Seite paralysirt war.

(Schluss im folgenden Hefte.)

III. Klinische Mittheilungen.

Klinik für Augenkrankheiten in Paris (Dr. Desmarres).

Vom Erysipelas der Augenlider bei Kindern.

„Das Erysipelas des Gesichts, meine Herren! befällt auch gewöhnlich die Augenlider, besonders das obere, oder es beginnt an denselben. Fast immer werden beide Augen zugleich von der Krankheit ergriffen; bisweilen wird zuerst das eine affizirt, später das andere. Kinder werden oft von Erysipelas der Augenlider befallen. Dasselbe entwickelt sich, wie das Erysipelas im Allgemeinen, in Folge leicht aufzufindender Ursachen, wie durch fortwährende Unreinlichkeit, mehr oder weniger heftige Quetschungen, wiederholte Reibungen, ein hoher Grad von Wärme, Stiche von Wespen oder anderen Insekten, Blutegelstiche, Applikation reizender topischer Mittel, wie Vesikatoria, die Berührung giftiger Pflanzen, eine chirurgische Operation, besonders wenn auf dieselbe eine Kauterisation folgt, oder wenn Näthe sehr fest angelegt werden, die Applikation eines Blasenpflasters auf den Kopf u. s. w. Man muss zu diesen örtlichen Ursachen diejenigen, die nicht so leicht zu entdecken sind und auf gewisse allgemeine Zustände beruhen, hinzufügen, wie gastrische Unreinigkeiten, Kummer, heftiger Aerger, gewisse lebhafte Gemüthsaffekte, eine eigenthümliche Beschaffenheit der Atmosphäre u. s. w."

„Dem Erysipelas der Augenlider gehen wie demjenigen an anderen Theilen des Körpers gewöhnlich einige krankhafte Erscheinungen, die jeder akuten Krankheit zukommen, vorher; Verstopfung, bitterer Geschmack, belegte Zunge, Uebelkeit, Abgeschlagenheit ohne genügende Ursache, allgemeines Unwohlsein, vorübergehende Frostschauer, sind die Symptome, die gewöhnlich dem Ausbruch des Erysipelas vorangehen, wenn es aus anderen Ursachen, als äusseren mechanischen auf die Haut einwirkenden, entsteht. Fieber begleitet die Krankheit drei oder vier Tage hindurch nach ihrem Ausbruche; seine Stärke richtet sich gewöhnlich nach der Heftigkeit der lokalen Symptome und der Ausbreitung des Erysipelas."

„Die Augenlider, zumal das obere, sind beträchtlich geschwollen, alle Falten, die man im gesunden Zustande wahrnimmt, verschwinden, die Haut ist im Beginn, und wenn die Affektion nicht sehr heftig ist, von blassrother Farbe, bisweilen nimmt sie eine sehr bedeutende Schar-

lachröthe an, die nach und nach in eine violette übergeht. Fast immer bleibt das Auge vollständig geschlossen, wie sich auch der Kranke anstrengen mag, es mit oder ohne Hülfe der Finger zu öffnen; dem Wundarzt selbst ist es meistens unmöglich, die Augenlider von einander zu entfernen, wenn er es für nöthig hält, das Auge zu untersuchen. Die Röthe verschwindet auf einen Augenblick durch den Druck, tritt aber sogleich wieder auf; besonders wenn die Haut sehr geschwollen und glänzend ist, kehrt die erysipelatöse Färbung am schnellsten zurück. Zuweilen, bei unbedeutender Röthe, ist das Erysipelas mit Oedem verbunden, das sich oft auf beide Augenlider zugleich erstreckt. In manchen Fällen bilden sich zahlreiche Blasen auf der Haut (*Erysipelas phlyctaenodes*); öfter beobachtet man kleine Bläschen, die einige Aehnlichkeit mit denen des Ekzema haben (*Erysipelas miliare*). Die Flüssigkeit, die sie enthalten, verdickt sich zu Krusten, wenn sie sich entleert; diese fallen bald ab und hinterlassen ein vollkommen gesundes Hautgewebe. Dann nimmt die Geschwulst allmälig ab, und bald kann der Kranke die Augenlider wieder bewegen."

„Der Schmerz ist so unbedeutend, dass der Kranke oft am Morgen erwacht und die Augenlider nicht zu öffnen im Stande ist; er empfindet in diesen Theilen nur ein Gefühl von lästiger Hitze, Stechen, und eine mehr unbequeme als schmerzhafte Spannung. Unglücklicherweise überschreitet das Uebel oft die Grenzen dieses gutartigen Verlaufes. Die bis dahin unbedeutende Entzündung ergreift in wichtigeren Fällen das unter der Haut und unter der Konjunktiva liegende Zellgewebe, die Konjunktiva selbst, die Meibomschen Drüsen, die *Cryptae sebaceae*, das Zellgewebe der Augenhöhle, die Hornhaut und bisweilen sogar den ganzen Augapfel."

„Ist das subkutane Zellgewebe von heftiger Entzündung befallen, so nimmt die Haut eine mehr livide Farbe an und die Anschwellung wird stärker, dann sieht das obere Augenlid wie eine ungeheure Geschwulst aus, die gegen den Rand der Augenhöhle hin glänzend, gegen das Zentrum ihrer Konvexität matter und bläulich erscheint. Oeffnet man sie früh, so fliesst eine serös-schleimige Flüssigkeit in geringer Menge aus, die Lawrence [1]) wegen ihrer weissen Farbe mit der Milch vergleichen würde, und die in der Folge von dickerer Konsistenz wird, in dem Maasse als sie das entzündete Zell-

1) *Lawrence Observation on the nature and treatment of erysipelas. London* 1828.

gewebe durchdringt. Letzteres entleert sich abgestorben aus der gemachten Oeffnung in langen, weisslichen, mit Eiter imbibirten Fetzen. Kömmt der Arzt hier nicht bald zu Hülfe, so erlangen die des Zellstoffs, der sie auskleidet, beraubten Augenlider erst nach langer Zeit einen Theil ihrer Bewegung wieder, oder verlieren sie auf immer. „Diese Abszesse", sagt Mackenzie in seinem Handbuch über Augenkrankheiten, „bieten sowohl in ihrem Verlaufe wie in ihren Erscheinungen besondere Eigenthümlichkeiten dar. Sie unterscheiden sich von entzündlichen Abszessen dadurch, dass keine adhäsive Entzündung in ihrer Umgebung stattfindet, sondern dass sie sich auf sehr unregelmässige Weise nach verschiedenen Richtungen hin ausbreiten, grosse Zerstörungen des Zellgewebes hervorrufen und bei der Berührung ein ganz eigenthümliches Gefühl von Verjauchung darbieten." Dennoch darf ich Ihnen nicht verhehlen, dass die Eiterung, wenn sie auch sich einzustellen droht, nicht immer eintritt, und die Entzündung dann den Ausgang in eine wahre Hypertrophie der verschiedenen Gewebe der Augenlider, ähnlich der, die sehr oft der *Blepharitis phlegmonosa* folgt, nehmen kann. In diesem Falle bleibt das obere Augenlid oft lange Zeit hindurch gesenkt. Ein Kind von sechs Jahren, das hierher nach der Klinik kam, und vor fünf Monaten von einem Erysipelas des Gesichts und der Augenlider befallen wurde, befindet sich noch heute in jenem Zustande. Alle Bestandtheile der Augenlider sind so verdickt, dass dieselben ihre normale Beweglichkeit auf keine Weise wieder erhalten können. Ich hege indess die Hoffnung, dass die angewandten zertheilenden Mittel, mit Beharrlichkeit fortgesetzt, diese Krankheit glücklich beseitigen werden."

„Es könnte leicht der Fall sein, dass der Arzt, der diese Krankheit nicht genau kennt, im ersten Augenblicke einen diagnostischen Fehler begeht, und das Erysipelas der Augenlider für eine Blennorrhoe der Augen hält. Indessen genügt es, um diesen Irrthum zu vermeiden, die äussere Fläche der Augenlider und die benachbarten entzündeten Theile und das Auge selbst zu untersuchen, indem man sich eines Augenlidhalters bedient."

„Nimmt das Erysipelas den Ausgang in diffuse Eiterung, so dehnt sich bisweilen der Thränensack auf sehr beträchtliche Weise aus; Mackenzie bemerkt, dass sich zuweilen der Eiter im Thränensack ansammelt, und wenn er die Haut durchbrochen hat, eine Fistel vorhanden zu sein scheint. Da die Schleimhaut jedoch gesund ist, so ist die Oeffnung eines solchen Abszesses durchaus von keiner Gefahr

begleitet, und die Heilung kommt leicht zu Stande. Ich habe diesen seltenen Ausgang des Erysipelas der Augenlider nur einmal beobachtet."

„Ein gefährlicherer Ausgang ist aber die Bildung eines Abszesses im Zellgewebe der Augenhöhle. Der Tod kann die Folge sein, wenn die Entzündung sehr heftig ist. Benedict, Demours, Lawrence, Piorry erzählen Fälle, die schnell auf diese Weise geendet haben. Manchmal indessen verläuft die Krankheit nicht so rasch, der Eiter bahnt sich durch die Haut der Augenlider einen Ausweg, an verschiedenen Stellen zu gleicher Zeit, oder in die Schädelhöhle, in die Nasenhöhlen und in den *Sinus maxillaris.* Das nach aussen hervorgetriebene Auge (*Exophthalmos*) wird gewöhnlich amaurotisch, und verliert für immer seine Beweglichkeit. In manchen Fällen breitet sich die Entzündung auf den Augapfel selbst aus, der dann durch vollständige Eiterung zerstört wird."

„Eine nicht so gefährliche, aber viel häufigere Komplikation des *Erysipelas palpebrarum* ist die Fortpflanzung der Entzündung auf die Konjunktiva, die die *Ophthalmia erysipelatosa* einiger Schriftsteller bildet. Wir haben oben gesehen, dass sehr oft eine ödematöse Infiltration das Erysipelas, ich möchte gern sagen, jede Entzündung der Augenlider begleitet. Die Infiltration und Entzündung ergreifen die *Conjunctiva palpebrarum* und *bulbi,* und das darunter liegende Zellgewebe, woraus sich eine Konjunktivitis mit mehr oder weniger beträchtlicher Chemosis entwickelt, die alle die gewöhnlichen Charaktere dieser Krankheiten darbietet. Die *Conjunctiva palpebrarum* und *bulbi* ist mehr oder weniger injizirt nach dem Grade der Entzündung; die Gefässe von gewöhnlich blass rothbrauner Farbe, bleiben isolirt, und erreichen nur selten den Hornhautrand. Einige Parthieen der Konjunktiva, nahe an der Hornhaut, die nicht so fest wie die anderen mit der Sklerotika zusammenhängen und durch eine seröse Flüssigkeit in die Höhe gehoben werden, zuerst von einander getrennt, von gelblich weisser Farbe, gallertartig sind, treten zuweilen zwischen den Augenlidern hervor, wenn der Kranke diese ein wenig von einander entfernt. Selten sieht man im Augenblicke, wenn sich die Infiltration über die ganze *Conjunctiva scleroticae* erstreckt, wie in anderen ebenfalls seltenen Fällen von Chemosis, sich kleine gelblich weisse Bläschen auf dieser Membran bilden, die keineswegs den gewöhnlichen Phlyktänen, weder durch ihre Form, denn sie sind meistens grösser, noch durch die Farbe der Flüssigkeit, welche sie enthalten, gleichen. Nimmt die Entzündung der Augenlider zu, so infiltrirt

sich die Konjunktiva bis über die Hornhaut; die Chemosis steigert sich so, dass die bis dahin an der Sklerotika festsitzenden Theile der Konjunktiva sich nach und nach wie die anderen erheben, und die Hornhaut gänzlich oder zum Theil durch diesen Wulst verdeckt wird. Indess muss ich Sie darauf aufmerksam machen, dass die Konjunktivitis, die so oft das Erysipelas der Augenlider begleitet, nicht immer sich mit ödematöser Infiltration komplizirt, sondern dass die Entzündung oft nur die gewöhnlichen Symptome der katarrhalischen Konjunktivitis darbietet und das Oedem, wie bei letzterer Affektion, nur ein seltenes Symptom ist."

„Diese Entzündung der Konjunktiva, die auf das Erysipelas der Augenlider folgt, ist von keinem Symptom begleitet, das ihm eigenthümlich angehört. Daher darf man die *Ophthalmia erysipelatosa* nicht als besondere Krankheit im nosologischen System aufführen. Kann man mit Mackenzie behaupten, „„sie unterscheide sich genügend durch die blassrothe Färbung der Konjunktiva, die sich um die Hornhaut herum unter der Form weicher und bräunlich-rother Bläschen erhebt,"" oder mit Middlemore, sie charakterisire sich durch eben jene Färbung der Konjunktiva, durch die Bläschen und ein sehr heftiges Jucken? Sind nicht ähnliche Symptome in der *Conjunctivitis catarrhalis* ohne Komplikation mit Erysipelas vorhanden? Die Beschreibungen, die Beer, Weller, der da glaubt, die *Ophthalmia arthritica* trete unter der erysipelatösen Form auf, und viele Andere davon gegeben haben, genügen in der That nicht, um eine dem Wesen nach spezifische Entzündung anzunehmen, die mit anderen so viele Symptome gemein hat. Die Beschreibung der *Ophthalmia erysipelatosa* von Dr. Sichel, die in jeder Hinsicht der der meisten deutschen Schriftsteller und der Mackenzie's gleicht, enthüllt in meinen Augen wie die anderen eben so wenig Gründe für eine besondere Krankheitsspezies. Sichel meint, „sie könne sich entwickeln, ohne dass die Augenlider oder das Gesicht der Sitz eines Erysipelas wären; er nimmt die chemotische Anschwellung der Konjunktiva, die Bläschen als pathognomonische Charaktere an, und fügt hinzu, dass er in der Konjunktiva nichts der Desquamation Analoges, den gewöhnlichen Ausgang des Erysipelas der Haut, beobachtet habe; ferner, dass er die *Ophthalmia erysipelatosa* sich habe niemals auf die tieferen Gebilde des Auges ausbreiten sehen; endlich, dass er sich nicht erinnere, Thränen der Augen oder Photophobie beobachtet zu haben u. s. w."

„Hier kann nur zweierlei stattfinden: entweder die Konjunktiva nimmt die dem Erysipelas eigenthümlichen Charaktere an, oder nicht. Was sind dies für Charaktere? Das einfache Auftreten einiger Bläschen auf der mit einer serösen Flüssigkeit infiltrirten Konjunktiva, nichts weiter; aber sieht man nicht zuweilen diese Erscheinung bei der Chemosis, die die Blennorrhoeen begleitet? Ist dies nicht der beste Beweis, dass es keine erysipelatöse Augenentzündung mit oder ohne Erysipelas der Augenlider giebt, da ja die sie unterscheidenden Charaktere anderen Affektionen zukommen? Von der anderen Seite, welche Analogie kann man zwischen diesen Bläschen der Konjunktiva und denen, die sich zuweilen beim Erysipelas entwickeln, aufstellen? Endlich, was denkt man sich bei dem Erysipelas einer Schleimhaut? Das innere Erysipelas ist zwar von einigen berühmten Aerzten, unter anderen von Cullen, J. Frank und Fodéré, von denen Letzterer behauptet, er habe die erysipelatöse Röthe sogar auf den serösen Häuten angetroffen, angenommen worden. J. Frank spricht sich folgendermaassen darüber aus: „Was man auch darüber sagen möge, die Alten haben nicht ohne Grund von dem Vorkommen eines inneren Erysipelas gesprochen. Man hat es, oder wenigstens eine innere oberflächliche Entzündung, bei der Sektion aufgefunden. Ferner leiden Menschen, die einem habituellen Erysipelas des Gesichts oder der Extremitäten unterworfen sind, zur Zeit, wo diese Affektion wieder erscheinen sollte, an Entzündungen der Eingeweide, die sich nur zertheilen, wenn ein Erysipelas auf der äusseren Haut hervorbricht. Endlich geht das Erysipelas offenbar sehr oft von den äusseren Theilen auf innere über."

„Ohne Zweifel hätte Velpeau, indem er die Annahme einer besonderen erysipelatösen Augenentzündung bekämpfte, der Augenheilkunde einen grossen Dienst geleistet, wenn er nicht, durch seinen reformirenden Geist zu weit getrieben, das Ziel, welches die unbefangene und strenge Beobachtung der pathologischen Thatsachen feststellt, überschritten hätte."

„Was die Behandlung anbelangt, so ist die erste Indikation, die Sie zu erfüllen haben, die Beförderung der Darmausleerungen. Sie verordnen, wenn es der Zustand des Individuums erlaubt und die Entzündung auf die Augenlider beschränkt ist, ein salinisches Abführmittel oder ein Emetikum. Eine Flasche Sedlitzer Wasser, ***Natrum sulphuricum,*** oder ***Magnesia sulphurica,*** oder ***Tart. stibiat.*** (gr. ij) in zwei oder drei Gläsern Wasser aufgelöst, und in kleinen Dosen alle

Viertelstunden gereicht, werden vollkommen den beabsichtigten Zweck erfüllen. Im Beginn der Entzündung sind oft kalte oder adstringirende, längere Zeit fortgesetzte Fomentationen im Stande, die Krankheit zu kupiren; zwei Beobachtungen im Beginne dieses Monats haben Ihnen von der Trefflichkeit dieses Mittels einen Beweis geliefert, zumal wenn es gleich im Anfang angewandt wird, und wenn man, nachdem die Entzündung beseitigt ist, einige Zeit hindurch fortfährt, durch Abführmittel ableitend auf den Darmkanal zu verfahren. Ist das Erysipelas sehr weitverbreitet, gesellen sich zur lokalen Affektion eine lebhafte und allgemeine Hitze, Trockenheit der Zunge, ein frequenter und harter Puls, so ist ein Aderlass indizirt, der durch eine örtliche, in einer gewissen Entfernung vom affizirten Theile angestellte Blutentleerung, z. B. an den Schläfen, hinter den Ohren, unterstützt werden muss, oder noch besser, man macht mittelst der Lanzette, nach der Methode Richard Dobson's, zehn bis funfzehn Stiche in die Augenlider selbst, so weit die Geschwulst sich erstreckt, und befördert den Ausfluss des Bluts und des Serums durch längere Zeit fortgesetzte warme Ueberschläge. Dies Mittel vermindert die Gefahr einer Eiterung im Zellgewebe der Augenlider, verhütet oft den Uebergang in Gangrän und die Bildung von Phlyktänen, und verhindert zugleich das Auftreten von Gehirnsymptomen."

„Steht Eiterung bevor, so sind tiefe Einschnitte indizirt, man macht sie transversell, ihre Zahl richtet sich nach der Geschwulst der Theile und der Heftigkeit der allgemeinen Symptome. Sie allein sind oft hinreichend, die unerträglichen Kopfschmerzen und eine fieberhafte Aufregung, die der Aderlass nicht immer entfernen kann, zu beseitigen. Sie müssen tief gemacht werden, sich von einer Seite des Augenlides bis zur anderen erstrecken. Man muss gleichfalls mitten durch das Augenlid tiefe Einschnitte machen, zwischen dem Auge und der Augenhöhle, wenn man genügende Gründe hat, eine drohende Eiterung des Zellstoffs der Augenhöhle anzunehmen, und wenn sich schon Eiterhöhlen in derselben gebildet haben. Sie werden somit den Exophthalmos, die Ophthalmitis, eine Affektion der Knochen selbst verhüten; die Inzision muss mittelst Scharpiewieken offen erhalten werden. In manchen Ausnahmefällen, wo die Augenentzündung eine Folge des Erysipelas ist, ist es erforderlich mit der Lanzette oder besser mit dem Bisturi einen Einschnitt in den unteren Theil der Sklerotika zu machen, um den in der Augenhöhle befindlichen Eiter zu entleeren; auf diese Weise werden Sie, indem Sie die spontane Ruptur

dieser Haut oder der Kornea nicht abwarten, sehr heftigen allgemeinen Symptomen zuvorkommen und bisweilen selbst das Leben des Kranken erhalten."

„Zeigt die Konjunktiva jene Infiltration mit oder ohne Blasenbildung, von der wir gesprochen haben, so genügt in allen Fällen, um dies im Allgemeinen unbedeutende Symptom zu beseitigen, einige Stellen der Schleimhaut mittelst der Scheere auszuschneiden, und ganz einfach acht oder zehn Mal täglich einen Tropfen eines Blei oder Zink enthaltenden Augenwassers einzuträufeln. Das Ausschneiden ist besonders indizirt, wenn die Geschwulst der Augenlider droht beträchtlich zu werden, weil, wenn sich die Geschwulst der Konjunktiva senkt, der Druck der Theile nicht so bedeutend sein wird."

IV. Das Wissenswertheste aus den neuesten Zeitschriften und Werken.

1. Beobachtungen über die therapeutische Anwendung des *Liq. Ammonii caustici* gegen den Keuchhusten.

Das kaustische Ammonium wurde schon früher in verschiedenen Affektionen der Respirationsorgane versucht; vor Kurzem hat nun Dr. Levrat-Perroton dies Mittel in der *Tussis convulsiva* angewandt und in der *Revue médicale* vier Fälle veröffentlicht. Doch hat derselbe, wie die meisten Aerzte, die jetzt Beobachtungen anstellen, diese weder einer gehörigen Kritik unterworfen, noch die therapeutischen Eigenthümlichkeiten des Mittels nach seinen primären und konsekutiven Wirkungen ordentlich studirt. Wir beschränken uns daher darauf, im Auszuge diese 4 Fälle mit den wenigen kritischen Punkten, die sie enthalten, hier mitzutheilen.

1. Ein Kind von $1\frac{1}{2}$ Jahren wurde vom Keuchhusten befallen; auf die Anfälle folgten äusserst heftige Konvulsionen, die weder durch Sinapismen, noch durch reizende Einreibungen beseitigt werden konnten. Es wurden darauf 4 Blutegel an jeden Arm gesetzt und stündlich ein Löffel der folgenden Mixtur gegeben:

℞ *Aq. destillat. Lactucae* ℥iv,
Aq. flor. Aurantior. ʒij,
Syrup. Paeoniae ℥j,
Syrup. Belladonnae ʒij,
Liq. Ammon. caustic. gutt. vj.

Am nächsten Tage sind die Hustenanfälle nicht mehr so häufig und von kürzerer Dauer, und endigen nicht mit Konvulsionen.

Der Zustand dieses Kindes bessert sich unter dem fortgesetzten Gebrauche der Mixtur, und einen Monat später ist es hergestellt.

2. Ein Kind von 6 Jahren, an Anschwellung der Mesenterialdrüsen leidend, wird im Herbst 1842 vom Keuchhusten befällen, dessen Anfälle sehr heftig sind, in deren Folge sich Kongestion des Gehirns mit Konvulsionen und Bewusstlosigkeit einstellen. Man wendet ohne Erfolg verschiedene Mittel an, und applizirt Vesikatore auf die unteren Extremitäten. Ein Blutegel wird auf jeden Arm gesetzt und die obige Mixtur esslöffelweise stündlich gereicht. Schon nach einigen Tagen waren die Hustenanfälle selten und kurz, ohne irgend eine beunruhigende Komplikation, und nach vierzehn Tagen wurde das Mittel ausgesetzt.

3. B., 4 Jahre alt, leidet an langen und häufigen Hustenanfällen, die jedesmal die kleine Kranke mit Suffokation bedrohen. Da die gewöhnlichen Mittel keine Erleichterung bewirken, so wurde diese Kranke derselben Heilmethode, wie die früheren, unterworfen, worauf sich bald eine bedeutende Ermässigung der Anfälle einstellt, und die Heilung schnell erfolgt.

4. Ein kleines Mädchen von 2½ Jahren wird vom Keuchhusten befallen, wo die Hustenanfälle von einer solchen Färbung des Gesichts begleitet sind, dass eine Gehirnkongestion zu befürchten steht. Schleimige Getränke in Verbindung mit der obigen Mixtur werden angewandt, und zwar mit demselben guten Erfolge, wie in den anderen Fällen.

Der Verf. theilt nur diese vier Beobachtungen mit, versichert indess, dass er noch mehr hätte hinzufügen können.

---

2. Ausfluss des Urins durch den Nabel.

Dr. Sturr erzählt in der *Medical Gazette* folgenden Fall: Eine Frau brachte ihr 13 Wochen altes Kind, weiblichen Geschlechts, zu

mir. Von der Geburt an hatte sich der Urin durch den Nabel entleert, obwohl die Harnröhre in normaler Weise vorhanden war. Der Harn floss auch durch den natürlichen Kanal, und wahrscheinlich zu gleicher Zeit mit der Entleerung durch den Nabel, denn der Ausfluss durch den letzteren geschah nicht immer, sondern nur von Zeit zu Zeit, als wenn er durch die austreibende Kraft der Blase und der mit ihr vereinigten Muskeln regulirt würde. Der Nabel war breiter und hervorragender als gewöhnlich, und in der Mitte des knorpligen warzenartigen Vorsprungs fand ich eine Oeffnung, welche eine Sonde von gewöhnlicher Grösse durchliess. Dieselbe liess sich leicht in der Richtung der *linea alba* gegen die Blase fortschieben. Es wurde mir, nach Berücksichtigung aller dieser Umstände, klar, dass das gewöhnliche ligamentöse Band, welches vom Fundus der Blase aufwärts zum Nabelstrange läuft, und unter dem Namen Urachus bekannt ist, die Gestalt eines Kanals angenommen und nach der Geburt dieselbe beibehalten hatte, und dieser Gang sich in die Blase geöffnet habe. Beim Kalbe und anderen vierfüssigen Thieren ist eine solche Kommunikation, wie die eben beschriebene, immer vorhanden; aber, um mich der Worte des berühmten Anatomen Cloquet zu bedienen, „beim Menschen bildet er (der Urachus) niemals einen Kanal, nur in den Fällen, wo die Harnröhre fehlt."

Ich halte es für mehr als wahrscheinlich, dass während des Intrauterinlebens jenes Kindes eine Bildung der Theile ganz identisch mit der Allantois anderer Thiere stattfand, die die Funktion jener ausübten, so dunkel dieselbe auch noch jetzt ist.

Ehe ich das Kind gesehen, waren verschiedene Heilmethoden ohne irgend einen Erfolg angewandt worden. Ich rieth der Mutter, das Kind nach dem County-Krankenhaus zu bringen, damit die Oeffnung entweder durch die Nath oder andere chirurgische Mittel geschlossen werden könnte. Es wurde eine einfache Nath angelegt, darüber eine Leinwandkompresse und dieselbe durch Heftpflaster befestigt.

Ich erfuhr später, dass der Urin vierzehn Tage lang zurückgehalten worden war, dann aber wieder durch den Nabel abfloss. Eine innigere Vereinigung könnte vielleicht mittelst einer kleinen Inzision erzielt werden, deren Enden durch eine Nath oder durch Pflaster mit darauf folgendem Druck zusammengehalten würden.

---

3. Schädliche Wirkungen des Antimons bei Kindern.

Dr. Wilton (Wundarzt am Gloucester-Krankenhaus) hat im *Provincial-Journal* die Aufmerksamkeit der Aerzte auf die nachtheiligen Wirkungen des Antimons in Kinderkrankheiten gelenkt. Der erste mitgetheilte Fall betrifft ein Kind von einem Jahre, dem die Mutter kleine Dosen von *Vinum Antimonii*, wegen Erkältung und Affektion der Brust, gegeben hatte. W. fand den Kranken an Konvulsionen gelinderer Art leidend, mit blassem, entstelltem Gesichte, dabei Erbrechen und Diarrhoe. Die angewandten Mittel schlugen fehl, und das Kind starb. Bei der Sektion zeigten sich die inneren und äusseren Theile blass und blutleer, keine Stellen von Blutanschoppung im Darmkanal, das Gehirn sehr weich; aber sonst keine organische Veränderung, die über den plötzlichen Kollapsus und Tod hätte Aufschluss geben können.

Einige Tage darauf wurde W. zu einem anderen Kinde gerufen, das ähnliche Symptome nach dem Gebrauche des *Vinum Antimonii* zeigte. Das Kind wurde hergestellt. Einige andere Fälle werden noch mitgetheilt, von denen wir des folgenden Erwähnung thun wollen. Ein Kind von ungefähr vier Jahren wurde von Husten und fieberhaften Symptomen befallen. Salinische Mixturen mit *Vinum Antimonii* wurden von dem Arzte verordnet. Uebelkeit und Durchfall folgten mit plötzlichem Sinken der Kräfte, und der Tod trat ein, trotz erregender stimulirender Mittel. Bei der Sektion zeigte sich der Körper blass, und beim Bewegen floss eine grosse Menge einer farblosen Flüssigkeit aus dem Munde. Der ganze Körper war blutleer und nirgends Zeichen von Entzündung sichtbar.

Wir haben oft beunruhigende Symptome auf den Gebrauch des Antimons bei Kindern folgen sehen, und ziehen im Allgemeinen, ausgenommen in dringenden Fällen des Krups, die Ipekakuanha vor. Dr. Noble in Manchester hat ebenfalls einige beachtungswerthe Bemerkungen in demselben Journal über die Darreichung des Antimons bei Kindern mitgetheilt, die jüngeren Aerzten zum Nachlesen empfohlen werden.

4. *Hydrocephalus chronicus* und Auskultation des Gehirns.

Dr. Smyth theilt einen Fall von chronischem Hydrocephalus bei einem einjährigen Kinde mit, wo die Punktion neunmal in vier Monaten vollzogen wurde. Die Menge des entleerten Wassers variirte zwischen vier und vierzig Unzen und belief sich im Ganzen auf 143 Unzen, ohne die 64 Unzen, die im Kopfe nach dem Tode gefunden wurden. Auf die sechs ersten Operationen stellte sich eine geringe Besserung ein, obgleich sich das Wasser schnell wieder in grösserer Quantität ansammelte, die letzteren hingegen wurden nur in der Hoffnung, einige der beunruhigendsten Symptome zu mildern, unternommen. Der Erfolg, den Dr. Conquest von der Punktion gesehen haben will, scheint nicht von anderen Beobachtern bestätigt worden zu sein, und nach den Resultaten zu urtheilen, die Dr. West [1]) erzielt hat, wird man die Operation in Kurzem ganz aufgeben. Smyth meint, dass die Entzündung nicht die Ursache des Misslingens der Heilung sein kann, da er keine entzündlichen Erscheinungen in der Nähe der Stelle, wo die Punktion stattfand, angetroffen hat.

„Dies brachte mich auf den Gedanken," sagt er, „dass in obigem Falle nicht die Punktion des Gehirns, sondern vielmehr der darauf folgende Kollapsus desselben die entzündlichen Anfälle hervorrief, und diese Ansicht wird noch durch die Beobachtung, die ich während der Behandlung machte, bestätigt, dass nämlich die Symptome der Gehirnentzündung und der Kollapsus des Gehirns immer zu gleicher Zeit vorhanden waren, dass nach jeder Operation, wiewohl das Gehirn mehr oder weniger kollabirte, wenn dieser Zustand über 24 Stunden dauerte, er nachher von allgemeiner fieberhafter Aufregung und entzündlichen Symptomen begleitet war, und dass, nach dem Verschwinden derselben, der Wassererguss sich von Neuem einstellte und das Gehirn ausdehnte. Diese Erscheinungen beobachtete ich nicht nur einmal, sondern drei- oder viermal, und auf folgende Weise könnte man sich den Vorgang erklären: Im Zustande des Kollapsus übt die Gehirnmasse, anstatt wie im gesunden Zustande mit gleicher Kraft auf die Seitenwände und den Boden der Schädelhöhle zu drücken, ganz allein einen Druck auf den letzteren aus, bringt mithin eine geringere oder bedeutendere Stockung in der Zirkulation hervor, womit eine Art von Reiz-

---

1) *London Med. Gazette XXX.* 127.

zustand der Gehirnhäute, in denen sich die entzündlichen Symptome entwickeln, verbunden ist. Während diese Anfälle nun stattfinden, und besonders so lange die fieberhafte Reizung dauert, ist die Sekretion und Exhalation aufgehoben und das Gehirn bleibt kollabirt. Sobald aber die Entzündungssymptome verschwunden sind, tritt der Sekretionsprozess mit gleicher Stärke von Neuem wieder auf, und die Wasseransammlung nimmt schnell zu. Daher glaube ich, dass man in Zukunft den Kollapsus verhindern kann, wenn man nur eine gewisse Quantität des Wassers, 4 bis 6 Unzen, mit einem Male ausfliessen lässt."

Dr. Smyth berichtet auch über seine Resultate der Auskultation des Kopfes bei rhachitischen und hydrocephalischen Kindern, und erklärt, dass die Erfahrung ihn auffordere, die Annahme amerikanischer Aerzte zu bestätigen, nach welchen ein gewisser Ton der Gehirnwassersucht vorhergehe und dieselbe begleite.

„Es ist", sagt er, „ein abgebrochener, kurzer, rauschender Ton, der zwischen dem Blasebalg- und Raspelgeräusch die Mitte hält, jedoch nicht weich genug für das erstere und nicht hart genug für das letztere. Er variirt in Hinsicht seiner Stärke mit der Energie des Herz- und Pulsschlages. Ist der Herzimpuls stark und kräftig, ohne dass Palpitationen stattfinden, so ist der Ton am klarsten und deutlichsten."

Dr. Whitney stellt folgende Krankheitszustände auf, bei denen das cerebrale Geräusch gehört werden kann, z. B. einfache Gehirnkongestion, akute Entzündung mit oder ohne Erguss, chronischer Hydrocephalus, örtliche Kompression des Gehirns, Verknöcherung der Arterien, Verhärtung der Gehirnsubstanz, Aneurysma einer Gehirnarterie, gewisse Hydrocephaloid-Krankheiten und bedeutende Anämie und Erschöpfung des Organismus. In Fällen von Chlorose und bedeutender allgemeiner und Gehirnanämie verändert das Gehirngeräusch oder das Blasebalggeräusch seinen Charakter, und geht in Töne über, die denen, welche in der Bronchitis das Athmungsgeräusch maskiren, ähnlich sind. Es wird klingend, girrend, wie das Geschrei eines jungen Hühnchens. Beim Aneurysma einer Gehirnarterie nimmt es eine schrillende, schnurrende Beschaffenheit an.

Dr. Whitney bemerkt ferner, dass die Stimme, wenn man das Ohr an den Schädel legt, auffallende Veränderungen darbietet. Bei Gehirnentzündung und Erguss zwischen den Gehirnhäuten gleicht sie derjenigen, die man in manchen Fällen von Pleuritis hört; sie nimmt einen ägophonischen Charakter an, der, den amerikanischen Aerzten

zufolge, als ein sicheres diagnostisches Zeichen eines Ergusses zwischen den Gehirnhäuten angesehen werden kann.

---

5. Hypertrophie der Knorpel der Trachea und der Bronchi.

Professor Gintrac erzählt folgenden Fall im *Journal de Médecine de Montpellier*.

Ein Knabe von acht Jahren, von schwächlicher, krankhafter Konstitution, litt von früh an an einem heftigeren oder gelinderen Grade von Dyspnoe, die zuweilen von bedeutenden Schmerzen in der Brust und anderen Symptomen einer Affektion der Brustorgane begleitet war. Er wurde zu wiederholten Malen ins Hospital aufgenommen, und ihm wenigstens für einige Zeit durch Blutentziehungen und Blasenpflaster zwischen den Schultern Erleichterung verschafft. Als er das letzte Mal, am 24. Mai, nach dem Hospitale kam, litt er an sehr bedeutender Athmungsbeschwerde, so dass zuweilen, besonders Abends, Suffokation drohte; indessen war kein Husten vorhanden. Die Auskultation ergab nichts Abnormes, mit Ausnahme eines starken pfeifenden Geräusches in den Bronchien; der Perkussionston war an allen Stellen des Thorax hell. Der Herzimpuls und die Herztöne boten nichts Abweichendes dar, nur war der erste Ton etwas dumpfer als im normalen Zustande; der Puls an der *A. radialis* war regelmässig. Der Unterleib war etwas gespannt, aber die Darmausleerungen gesund.

Dieser Zustand, bei dem die andauernde Dyspnoe, die dann und wann sich steigerte, das hervorstechendste Symptom war, wurde nur sehr unbedeutend durch die in Gebrauch gezogenen Mittel, wie Klystiere mit *Asa foetida*, Räucherungen mit Strammonium, den Gebrauch des Kalomel, des *Natrum sulphuricum* u. dergl., ermässigt. Das Kind verliess das Hospital am 8. Juli, wurde aber nach 14 Tagen wieder zurückgebracht; die Symptome waren damals sehr heftig. Die suffokative Dyspnoe dauerte bis zum Tode, der am 8. August erfolgte, an.

Sektion. Der Körper war sehr abgemagert, das Sternum prominirte bedeutend, der Thorax war auf der linken Seite gewölbter als auf der rechten; das Gesicht und die Extremitäten ödematös angeschwollen. Die Lungen adhärirten an den Brustwandungen, mit Ausnahme des oberen Theils der linken, wo sich eine kleine Menge eines dünnen Serums befand; auf beiden Seiten konnte man die Pleura, die

sehr verdickt war, leichter von den Rippen und Interkostalräumen als von der Oberfläche der Lunge ablösen. Der Larynx war gesund, und so schien es auch von aussen mit der Trachea der Fall zu sein; doch nach dem Aufschneiden zeigten sich ihre Wände dicker und härter als gewöhnlich. Diese Alteration war am auffallendsten im unteren Theile an der Bifurkation, sie erstreckte sich in sehr weiter Ausdehnung auch auf die Bronchi. Die Folge war, dass der Durchmesser der Luftwege bedeutend kleiner und dieselben sehr verengt waren. Es war Oedem der Lungen vorhanden, denn beim Einschneiden floss eine Menge gelblichen Serums aus; der untere Lappen der rechten Lunge war hepatisirt.

---

6. Von der traumatischen Verkrümmung und Einknickung der Röhrenknochen im kindlichen Alter.

Diesem Gegenstande ist bis jetzt nicht die Aufmerksamkeit, die er verdient, geschenkt worden. Dr. Thore berichtet in den *Archives générales,* nachdem er auf die von Thierry, Villaume, Gulliver, Mondière und Anderen mitgetheilten Fälle hingewiesen hat, ausführlich über drei, die er selbst beobachtete. Im ersten war bei einem Kinde von acht Jahren der Vorderarm beträchtlich nach vorn gebogen in Folge eines Falles. Im zweiten fand die Krümmung des Vorderarms nach hinten statt; dies war bei einem dreijährigen Kinde der Fall, wo die Deformität wegen Vernachlässigung ungeheilt blieb. Der dritte Fall, den wir hier ausführlicher mittheilen wollen, bietet ein Beispiel einer Verkrümmung und Einknickung dar, die sich zu gleicher Zeit einstellte.

Ein sechs Jahre altes Kind war von einer Treppe herabgefallen. Bei der Untersuchung zeigte sich der Vorderarm unbeweglich, geschwollen, und beim geringsten Druck höchst schmerzhaft. Der hinzugerufene Wundarzt meinte, der Radius oder die Ulna sei frakturirt; doch konnte keine Krepitation auch bei der genauesten Untersuchung bemerkt werden. Der Vorderarm zeigte eine auffallende Krümmung, indem die Konkavität nach vorne gerichtet war; es war mithin ein deutlicher Vorsprung an der hinteren und inneren Seite des Armes bemerkbar. Wurde einige Augenblicke hindurch der Arm extendirt, so minderte sich die Krümmung so lange sehr bedeutend, jedoch

konnte, wegen der grossen dadurch erzeugten Schmerzen, nichts weiter geschehen, als dass man Blutegel und Ueberschläge anwandte.

Dr. Thore sah den Kranken nach fünf Monaten wieder, wo noch eine geringe Krümmung an der verletzten Stelle vorhanden war. Ausserdem konnte man unmittelbar unter dem mittleren Drittheil der Ulna und vorzüglich an ihrer inneren Seite einen rundlichen Vorsprung, augenscheinlich durch abgelagerten Kallus gebildet, fühlen. Der Radius schien vollkommen unversehrt zu sein.

Die meisten Fälle von Verkrümmung und Einknickung sind am Vorderarme vorgekommen. Dreimal wurden dieselben am Oberschenkel und einmal am Oberarmbein beobachtet.

Aus einer grossen Anzahl von Versuchen, die Thore an den Knochen von Kindern nach dem Tode angestellt hat, schliesst er, dass die Disposition zu Verkrümmungen und Einknickungen um das zweite Lebensjahr am grössten ist. Nach dem 12ten oder 14ten Jahre kommen sie sehr selten vor.

In den meisten Fällen weicht die Deformität allmälig der Ausübung eines mässigen Druckes auf die Konvexität des leidenden Knochens. Gewöhnlich ist keine grosse Kraft nöthig, um die Verkrümmung zu beseitigen.

---

7. Praktische Bemerkungen über Nekrosis der Röhrenknochen, von Dr. Oke in Southampton.

Es ist meine Absicht, sagt O., hier einige Worte über die Natur und Behandlung der Nekrosis zu sagen, wenn sie im Inneren der Diaphysen der Röhrenknochen vorkömmt.

Obgleich jener berühmte Wundarzt, der verstorbene William Hey, uns in seinen praktischen Bemerkungen über Chirurgie manche werthvolle Beobachtungen und Fingerzeige über diesen Gegenstand mitgetheilt hat, so glaube ich dennoch, sei es, dass diese Bemerkungen entweder übersehen oder nicht hinlänglich gewürdigt worden sind, dass dieser Krankheit von den meisten Wundärzten nicht die gehörige Aufmerksamkeit, die sie verdient, gewidmet, noch die Behandlung, wie es erforderlich ist, geleitet wird, und dass folglich sehr viele dieser Fälle Monate und Jahre lang andauern, ohne dass man sich ernstlich bemüht, sie zu heilen, bis zuletzt, wegen der langen Dauer und Steigerung der Krankheit, die Amputation das einzige Rettungs- und Heil-

mittel übrig bleibt, während beim Beginn des Leidens eine leichte und glückliche Operation diesen unglücklichen Ausgang verhütet haben würde.

Wenn aus irgend einer Ursache ein Theil des inneren Knochengewebes in Desorganisation über- und seiner Vitalität verlustig geht, so tritt auf einmal ein Heilungsprozess in den gesunden benachbarten Theilen ein; tief sitzende, heftige und andauernde Schmerzen stellen sich im kranken Knochen ein, die dem Kranken die Ruhe rauben und seinen allgemeinen Gesundheitszustand untergraben.

Der Wundarzt untersucht die Extremität wieder und wieder, indem er einem tief sitzenden Abszess nachspürt, aber findet nichts. Blutegel, Fomentationen und Kataplasmata werden, ohne eine Milderung der Schmerzen zur Folge zu haben, angewandt, und das einzige Mittel, welches einige Erleichterung gewährt, sind wiederholte Dosen von Opium.

Nach einiger Zeit verdickt sich das Periosteum und der Knochen wird beim Druck schmerzhaft, und nimmt durch Ablagerung neuer Knochenmasse rund um die abgestorbene oder desorganisirte Parthie an Umfang zu. Endlich fühlt man einen kleinen Abszess unter der Haut, der dieselbe durchbricht, worauf dem Kranken Linderung verschafft wird.

Bei sorgfältiger Untersuchung zeigt sich, dass der Abszess durch eine Oeffnung im neuen Knochengewebe, das leicht mit einem Bohrer perforirt werden kann, mit der Höhle, in der der Sequester liegt, in Verbindung steht. Wenn man das stumpfe Ende einer Sonde unter einem stumpfen Winkel krümmt und durch die gebildete Oeffnung einführt, so ist man im Stande, sich über die Richtung und Lage der Höhle Auskunft zu verschaffen, und wendet man das stumpfe Ende nach oben, indem man dem Gliede eine horizontale Lage giebt, so kann man damit die knöcherne Decke der Höhle berühren, die wirklich die innere Fläche des neuen Knochenstücks bildet.

Wir können uns so über den wahren Verlauf des Falles Gewissheit verschaffen, nämlich, dass die Desorganisation an einer Stelle des inneren Knochengewebes begonnen hat, dass hierauf nothwendiger Weise Eiterung folgte, und dass der neue Knochen, rund um die abgestorbene Parthie abgelagert, durchbohrt wurde, um den Eiter zu entleeren, und folglich, indem sich die Oeffnung allmälig vergrösserte, der Sequester frei gelegt wurde.

Genau dasselbe findet in den Weichgebilden statt, wenn ein Theil

des subkutanen Zellgewebes abgestorben ist. Hier ist heftiger Schmerz, Klopfen, Röthe und Verdickung der Hautdecken und Eiterung unter denselben vorhanden, auf einmal bildet sich eine Oeffnung in den Bedeckungen, aus der sich ein fötides Sekret und nach und nach mit diesem der nekrotisirte Zellstoff entleert.

Nekrosis kömmt häufiger bei Kindern und jungen Leuten vor, und gewöhnlich ist die Tibia Sitz der Krankheit. Die anderen zylindrischen Knochen werden bisweilen auch auf ähnliche Weise affizirt.

Bei der Behandlung dieser Fälle ist die Hauptindikation die Vergrösserung der Oeffnung, um den Sequester zu entfernen. Je früher dies geschieht, um so besser. Wir sind sogar gerechtfertigt, wenn wir dies thun, bevor sich von selbst eine Oeffnung gebildet hat, sobald wir nur mit dem Wesen und dem Sitze der krankhaften Stelle vertraut sind, mit demselben Rechte, womit wir das aponeurotische Gewebe durchschneiden, um dem unter demselben befindlichen Eiter einen Ausweg zu verschaffen; sind wir aber in unserer Diagnose nicht hinlänglich sicher (und dies wird gewöhnlich der Fall sein), so müssen wir abwarten, bis der Knochen von selbst aufgebrochen ist, aber nicht länger, weil, wenn wir der Krankheit gestatten, ohne dass die Oeffnung erweitert wird, Fortschritte zu machen, der Knochen, der fortwährend dem in der Höhle angehäuften Eiter ausgesetzt ist, offenbar noch weiter zerstört wird, und wir am Ende, anstatt die Krankheit durch eine Perforation der Trephine beseitigen zu können, genöthigt sind, mehrere zu vollziehen.

Sobald man sich also von einer Höhle im Inneren eines Knochens überführt hat, z. B. der Tibia, muss, indem das Glied auf ein Kissen gelegt und am Knie und den Knöcheln festgehalten wird, eine konische Inzision durch die Oeffnung des Abszesses bis auf den Knochen gemacht werden, von hinlänglicher Grösse, damit die Bedeckungen durchschnitten werden können, und der Knochen, so weit sich die Krankheit erstreckt, blossgelegt werden kann, worüber gewöhnlich die krankhafte Beschaffenheit des Periosteums und die Untersuchung der unter ihm liegenden Höhle Aufschluss giebt. Befindet sich mehr als eine Oeffnung im Knochen, so setzt man die Durchschneidung fort, bis Alles blossgelegt worden.

Sollte nur eine Oeffnung, die in eine queerliegende oder sehr begrenzte Höhle führt, sich vorfinden, so würde die Entfernung eines einfachen Kreises hinreichend sein, der durch eine konische Trephine von mässiger Grösse herausgesägt wird; breitet sich hingegen die

Höhle longitudinal durch die Diaphyse aus, oder sind mehrere Oeffnungen vorhanden, so müssen mehrere Kreise ausgeschnitten werden, so weit es die Ausbreitung der Krankheit erfordert. Die dazwischen liegenden Knochenbrücken werden mit der Hey'schen Säge entfernt oder, was zweckmässiger ist, mittelst eines kleinen Meissels und nicht zu starker Schläge eines Hammers herausgeschlagen.

Nachdem die Höhle freigelegt worden, muss der Sequester, wenn er losgetrennt ist, sogleich entfernt werden, wo nicht, so muss seine Ausscheidung der Natur überlassen bleiben. Sind die Wandungen der Höhle kariös, was bisweilen der Fall zu sein pflegt, so muss man die kranke Fläche der Höhle mit einem scharfen Hohlmeissel reinigen, auf die von Hey empfohlene Weise.

Man findet zuweilen einen Sequester in der Höhle, von bedeutender Länge, der sich nach beiden Seiten über die Oeffnung hinaus erstreckt, und deshalb nicht durch dieselbe ausgezogen werden kann. Unter diesen Umständen muss man den Sequester queer in der gemachten Oeffnung durchschneiden, worauf man im Stande ist, zuerst das eine, denn das andere Stück herauszuziehen. Dies geschah im folgenden Falle, den ich mit Erfolg vor einigen Jahren behandelte.

Ein junger Mensch fragte mich wegen heftiger Schmerzen im oberen Drittheil des rechten Arms um Rath, die für rheumatische in Folge von Erkältung gehalten wurden. Er wurde demgemäss auch behandelt, aber ohne dass sich eine Besserung einstellte, und bald zeigte es sich, dass die Krankheit viel ernsterer Art wäre.

Die Schmerzen dauerten fort, wurden immer heftiger, und erforderten zu ihrer Linderung grosse Dosen von Opium. Bald bemerkte man eine Verdickung des Knochens und Verdünnung der Muskeln. Mehrere Wochen darauf wurde ein kleiner Abszess an der äusseren Seite des Arms entdeckt, über der Insertion des *M. deltoideus*, worauf die Schmerzen sich mässigten.

Bei der Untersuchung zeigte sich, dass der Abszess mit einer Höhle im Inneren des Knochenschaftes in Verbindung stehe, und da keine Aussicht vorhanden war, dass die Natur allein die Heilung bewirken würde, so wurde eine konische Inzision durch die Oeffnung des Abszesses bis auf das Periosteum gemacht und die Weichtheile, so weit es nöthig war, damit die Trephine wirken konnte, entfernt. Drei Kreise des dicken Knochens wurden ausgesägt, und die Oeffnung mit der Hey'schen Säge vervollständigt. Es lag nun ein Sequester, der sich nach oben und unten über die Oeffnung hinaus erstreckte, vor uns;

bedeutende Länge konnte nicht mit einer gewöhnlichen Sonde bestimmt werden, und es war nicht möglich, ihn auf die gewöhnliche Weise auszuziehen. Daher musste man ihn queer durchsägen, worauf man im Stande war, beide Enden herauszuziehen, die mit einander vereinigt, der Länge der ganzen Diaphyse des Oberarmbeins entsprachen.

Bei der Untersuchung der Höhle des neuen Knochens, aus der der Sequester entfernt worden war, zeigte sich, dass sie eine glatte Oberfläche hatte. Die Weichtheile wurden nun darüber gelegt und mit einem Breiumschlag bedeckt. Die Wunde wurde später ganz einfach verbunden, und zuletzt die Ränder durch Heftpflasterstreifen einander genähert.

Bei dieser Behandlung ging die Heilung gut von Statten. Die Höhle füllte sich allmälig mit Knochensubstanz aus, und der Kranke wurde vollständig hergestellt; der Humerus behielt indess da, wo er mittelst der Trephine durchbohrt worden, einen Eindruck.

Während die Operation vollzogen wurde, trat ein interessanter Umstand ein, der, wie ich glaube, der Erwähnung werth ist.

Beim Einschneiden in die Muskeln wurde der ***N. musculo-cutaneus***, was nicht zu vermeiden war, durchschnitten, worauf die Hand sogleich herabsank. Dies schien anfangs ein unglückliches Ereigniss zu sein, da man hierdurch den gänzlichen Verlust der Hand befürchten musste und dieselbe nicht zum Schreiben zu gebrauchen sein würde, denn der Kranke schrieb sehr gut.

Um einen so bedeutenden Verlust einigermaassen zu ersetzen, wurde er, sobald es der Zustand des rechten Arms zuliess, zu einem Schulmeister gesandt, welcher ihn mit der linken Hand zu schreiben lehren sollte, was ihm auch in kaum vier Monaten gelang; vor Ablauf dieser Zeit war ich erfreut, zu bemerken, dass die Kraft in der rechten Hand zurückkehrte und nach und nach immer mehr zunahm, so dass der Kranke nach einigen Wochen sich derselben vollkommen gut bedienen konnte, und somit im Stande war, mit beiden Händen zu schreiben.

Diese Erscheinung ist höchst wichtig für die Physiologie, da sie beweist, dass ein Nervenstamm, wenn er auch durchschnitten wird und seine Enden eine lange Zeit hindurch getrennt bleiben, sobald sich dieselben durch irgend eine Ursache wieder vereinigen, seine normalen Funktionen wiedererlangt.

Ich habe mehrere andere Fälle von Nekrosis, meistens der Tibia, auf die oben angegebene Weise und immer mit Erfolg behandelt.

8. Fall von typhösem Fieber, das einer Meningitis glich, mitgetheilt von Dr. Legendre in Paris.

Am 28. Januar 1842 wurde ein eilfjähriger Knabe, von gesunden Eltern abstammend, ins Kinderhospital aufgenommen. Im sechsten Jahre litt er an einer langwierigen heftigen Krankheit, die von dem ihn behandelnden Arzte für Gehirnentzündung erklärt worden war, und welche ihn mehrere Monate an das Bett fesselte. Ein Jahr darauf fiel er bewusstlos auf der Strasse um; sein Vater trug ihn in diesem Zustande nach Hause, wo sogleich ein Aderlass gemacht wurde, in Folge dessen er wieder zu sich kam. Nach diesem Vorfall blieb er vierzehn Tage zu Hause, stand aber täglich auf und zeigte nicht das geringste Symptom von Lähmung. Seit dieser Zeit hatte er sich immer wohl befunden. Am 2. Januar fiel er, seiner Mittheilung zufolge, indem er das Treppengeländer herabruschte, über dasselbe hinüber, die *Regio lumbaris* stiess allein gegen die Einfassung einer Thür, und er versicherte zu wiederholten Malen, dass sein Kopf keine Verletzung erlitten hätte.

Es blieben unbedeutende Schmerzen in der Nierengegend zurück; am 18. Januar stellten sich Kopfschmerz, allgemeines Unwohlsein und Abnahme der Kräfte ein. Da diese Symptome täglich mehr zunahmen, so hörte er am 25. Januar auf zu arbeiten, und kam drei Tage später ins Hospital.

Es ist ein kräftiger, wohlgebauter Knabe; Nichts lässt bei dem Kranken das Vorhandensein einer allgemeinen Tuberkulosis vermuthen.

Kopfschmerz in der Stirngegend, Bewusstsein nicht gestört, Zunge feucht, etwas geröthet an den Rändern, in der Mitte mit einem dikken weisslichen Ueberzuge bedeckt; übler Geruch aus dem Munde, Appetitlosigkeit, Schmerzen in der epigastrischen Gegend, die durch den Druck gesteigert werden.

Der Kranke hat in der vergangenen Nacht zum ersten Male gebrochen; der Leib ist etwas eingezogen, beim Druck schmerzhaft, ohne das Coekalgeräusch in der rechten *Regio iliaca* darzubieten; Verstopfung. Kein Husten, nichts Bemerkenswerthes bei der Auskultation

oder Perkussion der Brust. Die Haut ist mässig warm, der Puls voll, etwas unregelmässig, macht nur 60 Schläge in der Minute. — Es ward ein *Dec. Rad. Althaeae* und Kataplasmata auf den Unterleib verordnet [1]).

In der Nacht ist er sehr unruhig. Häufige Vomituritionen, in Folge deren sich einmal Erbrechen einstellt; heftiger Kopfschmerz, Schlaflosigkeit.

Den 30. Januar. Gesicht blass, aber sich von Zeit zu Zeit stark röthend; der Eindruck des Lichts ist dem Kinde unerträglich, die Pupillen sind von gleicher Grösse, von normalem Durchmesser. Heftiger Kopfschmerz, so dass es von Zeit zu Zeit stöhnt, Bewusstsein nicht getrübt, kein Nasenbluten seit Beginn der Krankheit, vier- bis fünfmaliges Erbrechen grüner, bitterer Stoffe; Verstopfung dauert fort; der Bauch eingefallen, die Haut mässig heiss; der Puls bleibt unregelmässig und retardirt, macht 56 bis 64 Schläge in der Minute.

Verordnung: Molken mit *Tart. stibiat.;* Abends ein abführendes Klystier, wenn die Verstopfung und der Kopfschmerz andauern sollten.

Der *Tart. stibiatus* bringt mehrere Male reichliches Erbrechen flüssiger, etwas Galle enthaltender Massen hervor.

Abends um 6 Uhr ist der Zustand folgender: Lage auf dem Rücken mit geschlossenen Augen, gerunzelter Stirn, schmerzhaft verzogenen Zügen; beim Oeffnen der Augen ist ihm das Licht empfindlich.

Der Kopfschmerz hat seit dem Morgen noch zugenommen, er nimmt den ganzen Kopf ein, besonders aber die Stirn; der Kopf ist heiss, die Wangen etwas geröthet, die Haut heiss und trocken, der Puls macht 72 Schläge, ist unregelmässig, voll und härtlich. Der gastrische Beleg der Zunge hat abgenommen, der Athem ist nicht so fötide, der Schmerz im Epigastrium und in der *Fossa iliaca* hat sich nach dem Erbrechen bedeutend ermässigt, die Verstopfung dauert aber noch fort. (Aderlass von ℥viij; zwei Stunden darauf das bereits oben verordnete purgirende Klystier.)

Während das Blut fliesst, nimmt der Kopfschmerz ab, dies dauert noch drei Stunden nach dem Aderlass fort, dann aber kehrt er mit gesteigerter Heftigkeit zurück, trotz zweier durch das Klysma bewirkter Stühle.

Am 31. Januar. Derselbe Zustand wie am vorigen Abend vor

---

1) Wäre hier nicht ein Emetikum indizirt gewesen, und hätte nicht vielleicht dasselbe die ganze Krankheit kupirt? Red.

dem Aderlass. Der Kopfschmerz, der den ganzen Kopf einnimmt, ist so heftig, dass er den Kranken zum Weinen bringt. Das Gesicht ist gedunsen, der Eindruck des Lichtes unerträglich, daher hält er die Augen beständig geschlossen. Kein Strabismus, Pupillen normal, Intelligenz nicht gestört. Von Seiten der Digestionsorgane keine Veränderung. Respiration regelmässig, 24 Athemzüge in der Minute. Ziemlich voller, etwas harter, unregelmässiger, 64 Schläge in der Minute machender Puls, ziemlich heisse Haut. (*Dec. Rad. Althaeae;* 4 Blutegel an die Nasenschleimhaut applizirt. — Mixtur mit *Ol. Crotonis* gutt. ij. — Für den Abend nach Umständen, wenn keine Stuhlentleerungen erfolgt und der Kopfschmerz noch so heftig sein sollte, als am Morgen, ein Klysma und ein Aderlass.)

Nach der Blutentziehung mildert sich der Kopfschmerz; nachdem die Blutegel abgefallen, fliesst das Blut noch fast eine Stunde, so dass im Ganzen ungefähr ℥iij entzogen worden sind. Die Mixtur mit *Ol. Crotonis,* die in drei Dosen im Zwischenraume von 20 Minuten genommen worden, hat sechs reichliche Stuhlentleerungen bewirkt. Abends um 6 Uhr sagt der Kranke, dass er sich bedeutend wohler fühle, der Kopfschmerz hat fast ganz aufgehört, der Puls ist auf 56 Schläge heruntergegangen, er ist ziemlich regelmässig, das Epigastrium und die *Fossa iliaca* sind unbedeutend schmerzhaft. Während der Nacht exazerbirt der Kopfschmerz nicht, und der Schlaf ist ruhig.

Am 1. Februar ist der Gesichtsausdruck von natürlicher Beschaffenheit, man beobachtet kein Runzeln der Stirn, der Kranke öffnet die Augen ohne Beschwerde, denn er kann jetzt das Licht ertragen, der Kopfschmerz ist fast ganz gewichen. Die Zunge ist immer mit einem weisslichen, ziemlich dicken Beleg bedeckt, der Durst mässig, Appetitlosigkeit, keine Schmerzen im Unterleib, der Leib ist bedeutend eingezogen. Die Respiration geht regelmässig von Statten; der Puls, etwas härtlich, macht 72 Schläge, ist ziemlich regelmässig; Temperatur der Haut etwas erhöht.

Den 4. Februar. Die Besserung schreitet fort, der Kopfschmerz ist nicht wieder eingetreten, sehr guter Appetit, Zunge roth, feucht, ohne Beleg, Durst mässig, Leib schmerzlos, kein Stuhlgang seit zwei Tagen, Puls von 84 Schlägen, regelmässig.

In der Nacht vom 6ten zum 7ten schwitzt der Kranke ziemlich stark zum ersten Male seit seinem Erkranken, und am 7ten Morgens zeigt sich die ganze vordere Seite des Rumpfes, der obere Theil des Rückens und die Seiten des Halses mit einem reichlichen Ausschlage

von Sudamina bedeckt. Der Puls ist frequenter als er je gewesen, macht 92 Schläge, die Haut heiss, der Leib nicht so eingezogen, wie an den vorhergehenden Tagen, nicht schmerzhaft; im Verlauf des Tages erfolgen zwei flüssige Stühle, ohne dass der Kranke ein Klystier oder Abführmittel genommen hat.

Am nächsten Tage erfolgen zwei mehr feste Stuhlausleerungen, der Ausschlag ist noch vorhanden, ohne dass eine neue Transpiration erfolgt ist. — Die Besserung schreitet allmälig fort, das Fieber nimmt ab, der Ausschlag verschwindet, und am 3. März verlässt der Kranke geheilt das Hospital.

Seit Louis' ausgezeichnete Arbeiten über das typhöse Fieber erschienen sind, hat die Diagnose dieser Krankheit einen ungeheuren Fortschritt gemacht; obgleich es gewöhnlich leicht ist, das Vorhandensein dieser Affektion an der Regelmässigkeit ihres Verlaufs und der Gesammtheit der krankhaften Erscheinungen zu erkennen, so stösst man nichtsdestoweniger oft auf Fälle, deren Diagnose, wegen mancher Unregelmässigkeiten im Verlaufe und wegen des Mangels eines oder mehrerer der gewöhnlichen krankhaften Symptome, manche Dunkelheiten darbietet.

Eine der häufigsten Krankheiten, mit denen das typhöse Fieber gewöhnlich verwechselt wird, ist unstreitig die Meningitis, ein Irrthum, der die verschiedene Ansicht mancher Aerzte über die Prognose der letzteren Affektion erklärt, indem von einigen Fälle für Meningitis gehalten und als solche behandelt werden, worin andere nur Beispiele von typhösem Fieber sehen würden; mithin können die letzteren nicht die Ansichten der ersteren über die grosse und unglücklicherweise nur zu wahre Gefahr der Meningitis theilen.

Aber um auf den uns in Anspruch nehmenden Fall zurückzukommen, so wollen wir kurz den Verlauf und die hauptsächlichsten ihn charakterisirenden Symptome rekapituliren. Ein Knabe von 11 Jahren, von gesunder und ziemlich kräftiger Konstitution, der sich gewöhnlich einer guten Gesundheit erfreute, wird in Folge von vielleicht zu grosser Anstrengung von Kopfschmerz, bedeutendem Sinken der Kräfte, Appetitlosigkeit befallen; als nach sieben bis acht Tagen diese Symptome, anstatt sich zu mindern, noch heftiger geworden waren, ist er genöthigt, seine Arbeit gänzlich einzustellen und ins Hospital zu gehen.

In Folge der ersten Untersuchung des Kranken konnte es scheinen, als wenn er, trotz der langen Dauer der Vorläufer, an einem

einfachen gastrischen Katarrh leide; wenigstens sprachen die gesammten krankhaften Symptome, die sich zeigten, wie der Kopfschmerz in der Stirn, der bedeutende Zungenbeleg, Erbrechen, Appetitlosigkeit, Schmerz im Epigastrium, fast gänzlicher Mangel des Fiebers für jene Annahme. In der That entfernten der fehlende Stupor, die Abwesenheit von Delirien, Husten und Rasselgeräuschen in den Lungen, der Zustand des Unterleibs, der, wiewohl etwas empfindlich in der Coekalgegend, dennoch eher eingezogen war, der Mangel des Durchfalls, der rosenrothen linsenartigen Flecke, die geringe Pulsfrequenz, die Idee des Vorhandenseins eines typhösen Fiebers. Wir müssen selbst eingestehen, dass in der Folge die Heftigkeit und Hartnäckigkeit des Kopfschmerzes, mit Photophobie, Erbrechen und Verstopfung verbunden, der eingefallene Leib, und endlich der retardirte und unregelmässige Puls, uns ausschliesslich zwei oder drei Tage hindurch in der Annahme einer Meningitis bestärkten, und zu einem antiphlogistischen und energischen ableitenden Verfahren aufforderten. Da obige Symptome mit Erfolg diesen Mitteln gewichen waren, so wird es vielleicht Aerzte geben, die diesen Fall als ein Beispiel von geheilter Meningitis betrachten möchten und nicht als einen von typhösem Fieber; wenn man aber die grosse Gefahr der Meningitis und ihre seltene Heilung in Betracht zieht, und das Erscheinen eines konfluirenden Ausschlages von Sudamina gegen den dreizehnten Tag, den vermuthlichen Beginn der Affektion, an welchem das Fieber sich steigerte, und sich Durchfall und Auftreibung des Unterleibs hinzugesellte, so muss man aus diesen Gründen, und trotz des Mangels wichtiger Symptome, wie Delirium, *Catarrhus bronchialis,* Coekalgeräusch, Erscheinen von linsenförmigen rothen Flecken, bekennen, dass der Kranke an einem, wiewohl nicht deutlich ausgesprochenem, typhösen Fieber litt.

Zum Schluss machen wir auf eines von den Mitteln aufmerksam, die mit Erfolg zur Bekämpfung des Kopfschmerzes angewandt wurden. Ich meine die Applikation der Blutegel auf die Nasenschleimhaut. Dieses Mittel, das ich mehrere Male von Baudelocque habe verordnen sehen, schien mir immer von den besten Erfolge gekrönt zu sein, selbst dann, wenn der Kopfschmerz symptomatisch war. Schon Cruveilhier hat, wie bekannt, wegen der Kommunikation, die zwischen den Gefässen der Nasenschleimhaut und des Gehirns und seiner Häute stattfindet, die Blutentziehungen aus der Nasenschleimhaut in Gehirnaffektionen empfohlen, und zu diesem Zwecke ein Instrument erfunden, um dieselbe zu skarifiziren. Was mich anbetrifft, so halte

ich nach dem, was ich beobachtet, die Blutegel für ganz geeignet, denselben Zweck zu erfüllen.

---

9. Skrophulöser Abszess in der rechten Seite der Brusthöhle mit äusserer fistulöser Oeffnung, mitgetheilt von Dr. Watson.

E. J., ein sehr schwächlich aussehender Knabe von 8 Jahren, dessen Vater, Brüder und Schwestern an skrophulöser Ulzeration der Halsdrüsen litten, suchte beim Auftreten der folgenden Symptome ärztlichen Rath. Es war beständiger Husten vorhanden mit geringer Expektoration, bedeutender Athmungsbeschwerde, nächtlichen Schweissen und zunehmender Abmagerung; ferner Schmerz in der rechten Seite, als sich zu einer geringen Hervorwölbung der unteren Interkostalräume eine kleine Geschwürsöffnung, die spontan entstand, zwischen dem achten und neunten Interkostalraum, am Winkel der Rippe, hinzugesellte. Es waren derselben zwei Abszesse vorhergegangen, einer auf der rechten Seite, der aufbrach, Eiter entleerte und die fistulöse Oeffnung zurückliess, der andere in der Achselhöhle derselben Seite. Die In- und Exspiration waren von einem zischenden Geräusch begleitet; das letztere besonders verursachte einen geringen Austritt einer flüssigen purulenten Materie, mit Luft vermischt, die grosse Blasen bildete, und bei ihrem Entweichen durch die Oeffnung, von der Grösse eines Federkiels, ein dem Bersten von Seifenblasen ähnliches Geräusch verursachte. Zuerst schien es, als wenn die Oeffnung mit den Bronchien und Lungen in Verbindung stehe; jedoch bei weiterer Nachforschung fand sich, dass dies nicht der Fall sei, und dass diese Erscheinung von der Bewegung der Lungen in der Brusthöhle abhängig sei. Es floss nur ein sehr geringes purulentes Sekret aus der Fistelöffnung, die gewöhnlich mit *Empl. diachylon* bedeckt gehalten wurde.

Die Auskultation ergab pueriles Athmungsgeräusch in der linken Lunge; die oberen Lappen der rechten Lunge waren ebenfalls für die Luft wegsam, unten verhinderte der heftige Schmerz die Auskultation und Perkussion vorzunehmen. Das Kind starb erschöpft durch hektisches Fieber, nachdem noch zwei oder drei epileptische Anfälle dem Aufhören ihrer Leiden vorangegangen waren.

Sektion. Eine genaue Untersuchung war nicht ausführbar. Ein grosser Abszess nahm den unteren Theil des rechten Pleurasackes ein

und sass auf die konvexe Fläche der Leber auf, welche ihn mit dem dazwischenliegenden herabgedrängten Zwerchfell nach unten begrenzte. Er enthielt ungefähr eine Pinte Flüssigkeit, die die gewöhnliche molkenähnliche und flockige Beschaffenheit des skrophulösen Eiters hatte. Die achte, neunte und zehnte Rippe standen mit dem Kontentum dieser skrophulösen Höhle, das sie bespülte, in Verbindung. Sie waren ihres Periosteums beraubt, und wenn auch nicht schwarz, doch sehr leicht zerreiblich. Ihre knorplige Verbindung mit dem Brustbein war gänzlich zerstört. Nach aussen wurde die Höhle von der Haut, den *M. serrati* und *intercostales*, begrenzt. Die Lungen waren nicht tuberkulös, so weit sie untersucht werden konnten, aber an dem unteren Theile, der dem Abszesse entsprach, verdichtet. Hingegen fand man Tuberkel, von der Grösse einer Erbse, auf der Oberfläche der den Abszess umgebenden Muskeln und serösen Membranen. Die Bildung dieses grossen Abszesses scheint nicht von einer Entzündung der Pleura abhängig gewesen zu sein, sondern vielmehr der Erweichung einer tuberkulösen Masse zugeschrieben werden zu müssen, die im Beginn wahrscheinlich von geringem Umfange, sich aber allmälig vergrösserte.

---

10. Fall von Missbildung des Herzens bei einem Kinde, welches am fünften Tage nach der Geburt starb, von James Carson, Arzt am Northern-Hospital in Liverpool.

Das Kind war wohlgebaut und schien bei der Geburt und zwei Tage nachher vollkommen gesund zu sein; die Haut hatte ihre natürliche Farbe. Die einzige von der Umgebung gemachte Beobachtung war die, dass es häufig seufzte. Es schrie laut, nahm die Brust, und die Funktionen der Digestionsorgane schienen gehörig von Statten zu gehen; Stuhlgang erfolgte regelmässig, und es zeigte sich nichts Krankhaftes im Aussehen der Darmausleerungen. Am dritten Tage war es ungewöhnlich zum Schlummern geneigt, seufzte sehr oft, und die Respiration war beschleunigt. Die Wärterin erzählte, es sei von inneren Krämpfen befallen worden, wie sich diese Klasse von Leuten gewöhnlich auszudrücken pflegt, wenn Symptome, die sie nicht zu deuten wissen, auftreten. Am dritten Tage nahm es die Brust nicht mehr, und man bemerkte damals eine ungewöhnliche dunkle Färbung der Haut, die man mir als eine graue beschrieb. Ich sah das Kind

…ten Tage. Es schien in tiefem Schlafe zu liegen, die Respiration war beschleunigt, und oft seufzte es tief. Fieber war nicht vorhanden und keine Abnahme der Temperatur, so dass man darauf aufmerksam geworden wäre. Das an die Brust angelegte Ohr nahm eine verstärktere Aktion des Herzens wahr, doch folgten die Töne auf normale Weise einander. Das Athmungsgeräusch war pueril, mit einem weichen Krepitiren an der hinteren Fläche. Die Farbe der Haut war dunkelblau über den ganzen Körper. Hieraus musste man schliessen, dass eine Kongestion der Lungen vorhanden sei; der Mangel des Fiebers schloss aber die Annahme einer Pneumonie oder Bronchitis aus, folglich wurde eine Missbildung des Herzens vermuthet. Das Kind starb am fünften Tage.

Es ist zu bedauern, dass bei der Sektion nicht die Brusteingeweide zusammen in ihrer Lage herausgenommen wurden, da man vermuthen musste, es sei eine bedeutende Abweichung von dem normalen Laufe der Gefässe, sowohl der Arterien wie der Venen, vorhanden gewesen. Eine einzige grosse Arterie entsprang nur aus dem Herzen und von dieser ging die *Arteria pulmonalis* aus. Die so mit einander verbundene Aorta und *Arteria pulmonalis* war beträchtlich weiter, als es die Aorta bei einem Kinde zu sein pflegt. Das Gefäss kam aus einem grossen Ventrikel hervor, der beim ersten Anblick beide Ventrikel des Herzens in sich zu schliessen schien. Das System der *Arteria pulmonalis* war von dem Ventrikel durch die Semilunarklappe und von einem grossen Vorhof durch die Trikuspidalklappe getrennt. In diesen Vorhof traten mit drei Oeffnungen drei Lungenvenen hinein; es wäre sehr interessant gewesen zu untersuchen, da die beiden *Venae cavae* sehr klein waren, ob nicht eine jener *V. pulmonales* für diese fungirte. Der grosse Vorhof kommunizirte durch eine kleine Oeffnung mit einem anderen, von der Grösse einer kleinen Rossbohne, in die sich die beiden Hohlvenen öffneten, von denen jede nicht mehr als 2''' im Durchmesser hatte. Dieser kleine Vorhof stand mit einer Höhle, von der Grösse einer welschen Nuss, von fettiger muskulöser Masse, an der Seite des grossen Ventrikels in Verbindung, und schien offenbar den rechten Ventrikel zu repräsentiren. Dieser rechte Ventrikel und der rechte Vorhof waren durch kleine Membranen, die die Aurikuloventrikularklappen darstellten, von einander getrennt.

Der Kreislauf bei diesem sonst anscheinend wohlgebauten Kinde glich somit dem eines Amphibiums der niedrigsten Ordnung, war z. B.

dem eines Frosches sehr ähnlich. Der geringe Durchmesser der Hohlvenen lässt vermuthen, dass, da das Kind fünf Tage hindurch, wenigstens die beiden letzten Tage, mit so geringer Störung zu leben im Stande war und nicht alles Blut auf diese Weise wegen der Enge der Venen aus dem Körper nach dem Herzen hätte zurückgeführt werden können, eine der drei Venen, die sich in den grossen Vorhof öffneten, zum System der Hohlvenen gehörte. Der Vorhof ist grösser als beide Vorhöfe zusammen bei einem Kinde zu sein pflegen. Es ist kaum zu begreifen, wie das Leben bei solch einer Störung im Kreislaufe bestehen konnte.

V. *Miszellen und Notizen.*

Ueber einige Mittel zur Beseitigung der Telangiektasieen. Dr. **Caron Duvillars** giebt in den Arbeiten der *Société des sciences médicales de la Moselle* einige Fälle von Heilung der Telangiektasieen mittelst der Einimpfung der Vakzine an, und fügt dann noch drei Beobachtungen, wo ihm ihre Beseitigung durch verschiedene Mittel gelungen ist, hinzu.

Ein Kind von 9 Jahren wurde mit einer Telangiektasie am äusseren Augenwinkel geboren, die aber nicht an Grösse zugenommen hatte, sondern erst in Folge von Skarlatina plötzlich einen enormen Umfang erreichte. Dr. **Caron Duvillars** schritt zu folgendem Verfahren. Er durchstach die Geschwulst mit drei Insektennadeln, deren Enden mit einem Silberdrathe vereinigt und dann der Lichtflamme genähert wurden. Bald darauf schwoll der Tumor an, spaltete sich und sank ein, und beim Ausziehen der Nadeln liess sich ein Theil des Parenchyms entfernen. Acht Tage später war vollständige Heilung erfolgt.

Der Erfolg war in einem zweiten Falle nicht minder glücklich, wo Dr. **Duvillars** die Methode, Koagulation herbeizuführen, in Gebrauch zog.

In einem dritten wandte er die direkte Kauterisation an. Bei einem kleinen Mädchen waren an den Augenlidern drei kleine Geschwülste der Art vorhanden. Er applizirte zuerst auf jede derselben ein Vesikatorium, um die Epidermis zu entfernen; nachdem dies geschehen, betupfte er sie mit *Acidum sulphuricum concentratum*,

worauf sie sogleich einsanken und denselben Verlauf wie in den vorhergehenden Fällen durchmachten.

Man kann mithin, wie diese und manche andere Beobachtungen lehren, verschiedene Operationsmethoden in Gebrauch ziehen; die Exstirpation ist aber selten erforderlich, und die Wundärzte besitzen in der Methode, Koagulation herbeizuführen, und in der Kauterisation viel mildere und sicherere Mittel.

Koschenille gegen Keuchhusten versuchte Dr. van Roggen in Nimwegen. Die Krankheit hatte bereits einige Wochen gedauert; das kleine, 4 Jahre alte Mädchen magerte dabei sehr ab, und fing an auf beunruhigende Weise zu fiebern; es hatte 14 — 15 Hustenanfälle in 24 Stunden, mit Auswurf von Blut und Schleim aus Nase und Mund. Nach Dr. Wachtl in Wien verschrieb nun Dr. van Roggen die Koschenille, nämlich: *Coccionellae* gr. v, ***Sal. Tartar.*** gr. x, ***Sacchar. alb.*** ℥β, ***Aq. destillat.*** ℥iij. MS. Davon täglich 2mal, später 3mal einen Theelöffel voll. Nach 15tägigem Gebrauche war das Kind vollständig geheilt. — Zwei andere Kinder, eins von 6 Monaten, eins von 6 Jahren, wurden ebenfalls durch dasselbe Mittel schnell geheilt. (Journal der prakt. Medizin, von Dr. Moll und v. Eldick.)

Krup und Pseudo-Krup, verschiedenartige Behandlung beider. Gegen den Pseudo-Krup, sagt Valleix, hält Guersant eine eingreifende Behandlung nicht für nöthig; milde Getränke, Ruhe, milde Laxanzen, sind gewöhnlich immer ausreichend. Bisweilen jedoch giebt es Fälle, die so heftig verlaufen, dass sie ernstere Mittel erfordern, als örtliche und allgemeine Blutentziehungen, Brechmittel, Laxanzen, Opium, und, wenn wirkliche Asphyxie androhend ist, die Tracheotomie. — Was nun den ächten Krup betrifft, das heisst diejenige Form von Entzündung, welche zur Bildung von Ablagerungsschichten innerhalb der Luftwege ausgeht, so giebt es viel zu viel Spezifisches in dieser Entzündung, als dass eine blosse Antiphlogose allein ausreichen könnte. Im Anfange jedoch sind Blutentziehungen fast immer nothwendig. Unter 31 Fällen, wo man gleich von vorn herein kräftig mit Brechmitteln (Ipekakuanha) dreintrat, sah Valleix 13 geheilt werden, also beinahe die Hälfte; unter 22 Fällen, wo man das Brechmittel nur sehr sparsam, nicht als Hauptmittel an-

wendete, sah Valleix nur eine einzige Heilung. Die Brechmittel müssen, wenn sie Erfolg haben sollen, mit weit mehr Beharrlichkeit und Energie angewendet werden, als es bis jetzt noch in Frankreich geschieht. — Das Kalomel, die Merkurialeinreibungen, *Kali sulphuratum*, Polygala, Alkalien u. s. w., betrachtet Valleix nur als einfache Adjuvantien; eben so verdienen die örtlichen Reizmittel nur eine Nebenrücksicht. — Die Kauterisation des Pharynx mittelst Salzsäure, Schwefelsäure, Merkurnitrat, Alaun, Chlorkalk, Chlornatron u. s. w., besonders aber mit Höllenstein, hält Valleix für ein sehr energisches und vortreffliches Mittel, obgleich er nicht rathet, sich allein darauf zu verlassen.

Blutegel mehrmals an den Hals, während des Gebrauchs der Brechmittel, diese Brechmittel anhaltend hintereinander, ferner Kauterisation des Rachens mit Höllenstein, örtliche Revulsiva und, wenn Zeit dazu da ist, Merkurialeinreibungen — das sind die Mittel, deren sich Valleix bedient. — Tracheotomie wendet V. nur an, wenn alle Mittel zwecklos angebracht worden sind, obgleich er vermuthet, dass es recht sein könne, dieses Mittel schon früher anzuwenden. (*Bulletin de Thérapeutique.*)

Ueber das nächtliche Bettpissen der Kinder findet man in dem Aufsatze von Dr. Ritter zu Rottenburg (im Journal für Chirurgie von Walther und Ammon Bd. III. St. 3.), über *Incontinentia urinae* überhaupt, einige mittheilenswerthe, wenn auch kompilatorische Bemerkungen. Er unterscheidet zwischen *Incontinentia urinae torpida* und *erethica*. Beide Arten können bei Kindern vorkommen; erstere scheine jedoch häufiger als letztere bei Kindern zu sein. Wir möchten das Umgekehrte glauben; wir denken, dass bei ganz kleinen Kindern die Blase sich eher in einem Zustande von übermässiger Empfindlichkeit befindet, als in einem Zustande von Torpor. Das nächtliche Bettpissen der Kinder beruht offenbar in einer krankhaft gesteigerten Reflexthätigkeit der Muskeln der Blase, oder in einem durch irgend einen Umstand absolut oder relativ verminderten Willenseinfluss auf diese Muskeln. Wir möchten daher statt Erethismus und Torpor lieber krankhaft gesteigerte Muskelaktion (Krampf) und Paralyse sagen. Bei sehr torpider Inkontinenz, welche auch bei Tage sich einstellt, fand Ritter Kantharidentinktur und Brechweinstein, bis zur Strangurie gereicht, sehr wirksam. — Brechnuss und Strychnin wird häufig benutzt; Mondière, Ribes und Quesnes rühmen folgende

Pi 1: ℞ *Extr. Nucis vomic.* gr. viij, *Ferr. oxydat. nigr.* ʒj. M. f. pilulae No. 24. S. täglich 2 — 3 Stück zu nehmen. — Mutterkorn, das auch empfohlen worden, hat bei Kindern wenig genützt. — Bei kleinen Mädchen empfiehlt Devergie reizende Einspritzungen in die Blase. — Duffin empfiehlt die Kauterisation der Harnröhre in der Länge eines Zolles, um durch den Schmerz, welchen der über die Stelle abfliessende Urin bewirkt, das Kind aufzuwecken. — Froriep nimmt noch eine *Enuresis rheumatica* an, gegen welche er die Rotationselektrizität empfiehlt. — Bei blassen, schwächlichen Kindern ist nach Froriep Schwäche der Blasenmuskeln der Grund des Bettpissens; dagegen soll die Elektrizität besonders viel thun, nebenbei natürlich Tonika. — Wir haben hier in Berlin mit sehr grossem Erfolge die Dusche (eines kalten Wasserstrahls von mässiger Höhe) auf das *Os sacrum* des in die Badewanne gelegten Kranken, 3 — 4 mal täglich wiederholt, sehr wirksam gefunden.

Bedeutende Grösse eines neugeborenen Kindes. In der *Medical Gazette* befindet sich der Bericht über ein neugebornes Kind von bedeutender Grösse, von Dr. White zu Preston. Dasselbe war das dreizehnte Kind einer Frau, die immer sehr grosse Kinder geboren hatte, wiewohl sie selbst von kleiner Statur ist.

Dasselbe, weiblichen Geschlechts, wog 15 Pfund, der Umfang des Kopfes betrug 15¾″, die Breite der Schultern 8″, die Länge vom Kopfe bis zu den Füssen 24¼″. Die Plazenta wog nur 1¼ Pfd., und der Nabelstrang war sehr klein. Es ist in dieser Gegend keinesweges eine seltene Erscheinung, neugeborene Kinder, die 12, 13, 14 Pfd. wiegen, zu finden; das durchschnittliche Gewicht scheint 10 bis 11 Pfd. zu sein.

Trotz des über das normale hinausgehenden Gewichts der Kinder bei der Geburt, ist es auffallend, dass die meisten Erwachsenen die mittlere Grösse nicht überschreiten, und fast der grösste Theil unter derselben stehen bleibt. Dies mag wohl darin seinen Grund haben, dass die Kinder in frühem Alter schon zu den Arbeiten in Fabriken angehalten werden.

Merkwürdiger Fall von Heilung eines sehr grossen Nabelbruchs. Dr. Thelu, Arzt in Dünkirchen, hat die folgende Beobachtung im *Journal de Chirurgie* veröffentlicht:

Ein neugeborenes Kind, weiblichen Geschlechts, war mit einem sehr grossen Nabelbruch behaftet. Der ganze Darmkanal lag ausserhalb der Bauchhöhle, und konnte deutlich durch eine sehr dünne, von der ausgedehnten Membran des Nabelstranges gebildete Haut wahrgenommen werden. Die so beschaffene Geschwulst hatte einen Umfang von 24 Centimeter an ihrer Basis und mass 29 Centimeter von einer Seite zur anderen. Der Ring, durch den die Eingeweide heraustraten, war von einer Fortsetzung der Haut über die Nabelschnur, und durch Auseinanderweichen der aponeurotischen Fasern der *M. recti* und der *Linea alba* entstanden.

Dr. Thelu stellte zuerst eine schlechte Prognose, da die Eventration zu bedeutend war, und glaubte, dass das Kind nicht lange leben würde. Dennoch machte er einen Versuch auf folgende Weise. Er begann einen Druck mittelst beider flachen Hände auszuüben, um so viel von dem Darm als möglich war, zu reponiren; auf diese Weise brachte er mehr als die Hälfte des Vorgefallenen zurück. Darauf legte er über die Geschwulst in Oel getauchte Kompressen, setzte mittelst einer Binde den Druck fort, und befahl, dieselbe fester anzuziehen, wenn sie nachgeben sollte.

Am nächsten Tage war die Geschwulst noch kleiner geworden, dies war am 2. August 1838; am 4ten hatte sie noch mehr abgenommen. Am 10ten war der Bruch ganz zurückgebracht, und es blieb nur noch eine Oeffnung von 3 Centimeter im Durchmesser übrig, die mit Granulationen bedeckt war und eine flache Wunde bildete. Am 27sten war die Heilung vollendet. An der Stelle eines so beträchtlichen Bruches war nur noch eine ungleich viereckige Narbe vorhanden, die von oben nach unten 1 Centimeter lang und von einer Seite zur anderen 6 Millimeters breit war. Die Haut erhob sich in Form einer Wulst um die Narbe.

Seitdem ist das Kind herangewachsen, und Thelu hat es als junges Mädchen wiedergesehen; doch war keine Spur des früheren Leidens mehr vorhanden.

---

handlung der Skropheln. Dr. Lisfranc lässt Morgens ...bends in einer Tasse Zuckerwasser einen Esslöffel folgender So... nen:

℞ *Aq. flor. Tiliae* ℥vj,
Kali hydrojodici gr. xij.

Jeden sechsten Tag vermehrt man die Dosis des *Kali hydrjodicum* um gr. iij, und kann bis auf gr. xij täglich und mehr steigen.

Gr. xij *Kali hydrjodicum* in ℥vj *Aq. Tiliae* ist die Dosis, mit der man gewöhnlich beginnt. Bei kleinen Kindern verordnet man gr. iij — vj *Kali hydrjodicum*, und steigt jedesmal nur um gr. j bis ij.

Man kann hiermit, wenn es nöthig ist, den Gebrauch der Salbe von *Plumbum jodatum*, die in die angeschwollenen Theile eingerieben wird, verbinden; man nimmt jedesmal ein Stück von der Grösse einer Nuss.

℞. *Axung. recent. parat.* ℥j,
Plumb. jodati ʒj.

Zuweilen wird das Jodblei auch innerlich gegeben:

℞ *Aq. Tiliae* ℥iij,
Plumb. jodati ℈j.

MS. Im Laufe des Tages in drei gleichen Dosen und gleichen Zwischenräumen in Zuckerwasser zu nehmen.

JOURNAL

FÜR

KINDERKRANKHEITEN.

Jedes Jahr erscheinen 12 Hefte in 2 Bänden. — Gute Original-Aufsätze über Kinderkrankh. werden erbeten und am Schlusse jedes Bandes gut honorirt.

Aufsätze, Abhandlungen, Schriften, Werke, Journale etc. für die Redaktion dieses Journals beliebe man kostenfrei an den Verleger einzusenden.

BAND III.] BERLIN, DEZEMBER 1844. [HEFT 6.

I. Abhandlungen und Originalaufsätze.

Bemerkung über die Skarifikation des Zahnfleisches während der Dentition, von Dr. Fr. J. Behrend, Mitherausgeber dieser Zeitschrift.

In Deutschland ist die Skarifikation des Zahnfleisches als erleichterndes Mittel der Dentiton eben so wenig in Gebrauch als in Frankreich. In England wird aber dieses Mittel oder *„Lancing of the gums"*, wie sie es doit nennen, überaus häufig benutzt. So wie das Zahnfleisch gespannt, roth, heiss sich zeigt und das in der Dentition begriffene Kind eine grosse Reizung der Mundhöhle gewahren lässt, wird der Wundarzt behufs *„Lancing of the gums"* geholt, der ohne Weiteres zu einem lanzettartigen Messer greift, auf das Zahnfleisch nach allen Richtungen Schnitte macht und sich freuet, wenn es tüchtig blutet. Ich habe während meines Aufenthalts in England und Irland diese Skarifikation des Zahnfleisches häufig anwenden gesehen, aber ich kann nicht sagen, dass der Erfolg, soweit meine Beobachtung ging, ein ausserordentlicher gewesen wäre. Die Reizung und Spannung des Zahnfleisches nahm allerdings in den meisten Fällen ab, aber man konnte sich gar wohl überzeugen, dass dieser Erfolg auch durch anderweitig schwächende und derivirende, besonders aberabführende Mittel besser und mit geringerer Gefahr für das Kind bewirkt werden konnte. Ich sage — mit geringerer Gefahr, denn während in keinem Falle die Dentition durch dieses Verfahren gezeitigt oder auch nur erleichtert wurde, sah ich in 2 Fällen eine solche Schwäche, eine solche Hinfälligkeit dem Blutverluste folgen, dass die Kinder, wie ich glaube, auch nach vier Wochen sich noch nicht erholt hatten, sondern unter den Zufällen der Anämie unterzugehen droheten. In einem Falle sah ich die Einschnitte des Zahnfleisches in unangenehm eiternde Wunden oder Geschwüre sich um-

wandeln, wozu freilich der Merkur, der in Form von *Hydrargyrum cum Creta* dem an sich schwächlichen und schlechtgenährten, an einigem Zahnreize leidenden Kinde ohne Fug und Recht auf ächt englische Weise in unverhältnissmässigen Gaben gereicht worden war, viel beigetragen haben musste, und ich hörte von älteren Aerzten das Geständniss, dass durch diese Skarifikation des Zahnfleisches, so leicht und unbedeutend die Operation auch erscheinen mag, direkt und indirekt nicht selten der Tod herbeigeführt worden.

Da nun dieses *„Lancing of the gums"* den Aerzten des Festlandes ganz und gar nicht zusagt, in so fern ihnen der äusserst geringe Nutzen, den dasselbe hat, in keinem Varhältnisse zu den möglichen Nachtheilen zu stehen scheint, da aber trotz dessen in England die tüchtigsten Praktiker dafür sich aussprechen, so muss es uns darauf ankommen, die Gründe, die sie dafür haben, kennen zu lernen, und bis jetzt hat sich noch Niemand so deutlich darüber ausgesprochen, als der bei uns in Deutschland hochgeachtete Marshall Hall.

„Es giebt kein chirurgisches Mittel, sagt er (*Lancet* Mai 1844. S. 244), von dessen Werth ich so überzeugt bin, als von der Wirksamkeit der Skarifikation des Zahnfleisches bei ganz kleinen Kindern, und zwar nicht nur bei ganz kleinen Kindern (*Infants*), sondern auch bei ältern Kindern (*Children*), wenn sie an Zahnreiz leiden. Die allgemein herrschende Ansicht jedoch, dass nur dann das Zahnfleisch zu skarifiziren sei, wenn die Zähne eben im Durchbrechen begriffen sind und dass die Skarifikation nur an den hervorragendsten Stellen geschehen müsse, scheint mir in so fern irrig zu sein, als sie den vollen Werth dieses Mittels nicht aufgefasst zu haben scheint. Der Prozess des Zahnens bedingt allerdings eine vermehrte Gefässthätigkeit, aber auch eine gesteigerte Nerventhätigkeit; denn jeder Bildungsprozess ist eine Neuro-Vaskularthätigkeit (*nervo-vascular action*) und der hier in Rede stehende, nämlich die Dentition, ist eine sehr energische. Wegen dieser Energie und verhältnissmässigen Schnelligkeit, womit sie zu Stande kommt, ist sie aber, gleich andern energisch verlaufenden Bildungsprozessen (z. B. der Pubertätsentwickelung), ganz besonders geneigt, ins Pathologische oder Abnorme abzuirren." — Es sind dieses nur allgemeine Sätze, welche längst bekannt sind und die eigentlich kaum angeführt zu werden brauchen. Man müsste jedoch, was Marshall Hall nicht gethan hat, was aber für den Nutzen und die speziellen Indikationen der Skarifikation des Zahnfleisches ganz besonders wichtig ist, unterscheiden zwischen den Zufällen, welche di-

rekte Wirkungen des Dentionsprozesses sind, und denen, welche indirekt auftreten, das heisst, welche die Dentition nicht begleiten würden, wenn sie nicht durch zufällig vorher vorhandene oder gleichzeitig eintretende Komplikationen herbeigeführt und während dieses Prozesses entwickelt würden. Sind Würmer, Unterleibsstörungen, Skrofeln u. s. w. vorhanden, so wird die Dentition mit Zufällen begleitet werden, die nicht eher weichen werden, als bis diesen Komplikationen begegnet ist. Kann hier die Skarifikation des Zahnfleisches etwa nützen? Wird sie nicht in vielen Fällen durch die unnützerweise vom Blutverluste bewirkte Schwächung vielmehr öfters Schaden bringen? Marshall Hall hat diese Fälle von *Dentitio difficilis*, welche wohl bei Weitem die häufigsten sind, ganz und gar nicht im Auge, sondern er denkt nur an diejenigen sehr einfachen und seltenen Fälle, wo ohne alle weitere Komplikation bloss durch den Reiz des hervorspriessenden Zahnes und durch die daselbst erhöhete Gefäss- und Nerventhätigkeit stürmische Gehirn- und Rückenmarkssymstome hervorgerufen werden. „In diesem Zustande, sagt Marshall Hall, ist das Gehirn aufgeregt, das Kind ist unruhig und verdrüsslich; das Zahnfleisch ist geschwollen und heiss; das Kind hat Fieber, es treten Konvulsionen verschiedenen Grades und verschiedener Form ein, die besonders in den Muskeln des Augapfels, der Daumen, Finger und Zehen, dann auch wohl in denen des Larynx und der respiratorischen Höhlen sich kund geben; dazu gesellen sich Störungen in der Sekretion der Leber, Nieren, des Darmkanals, kurz eine Reihe von Affektionen des Gangliensystems.“ Giebt es in der That, wie Marshall Hall hier darstellt, Fälle von sogenannten Zahnkrämpfen, wo die Unterleibsstörungen nicht für sich bestehen und nicht durch ihre Komplikation mit dem Zahnprozesse diese Krämpfe hervorrufen, sondern erst in Folge des auf das Gehirn, Rückenmark und Gangliensystem übertragenen Zahnreizes eintreten, so muss man jene Fälle von diesen gar wohl unterscheiden, denn auf diese Unterscheidung kommt, wie man bald sehen wird, bei Beurtheilung des Werthes der Skarifikation des Zahnfleisches Alles an. Nur in diesen letztern Fällen, die Marshall Hall, wie gesagt, allein im Auge hat, kann dieses Verfahren Nutzen allenfalls bringen.

„Welches ist, frägt Marshall Hall, in diesen Fällen die eigentliche und wahre Ursache der furchtbaren Zahnkrämpfe? Kann die blosse Spannung und Reizung des über dem hervorragendsten Theile des Zahnes liegenden Zahnfleisches die Ursache dieses so gewaltigen Aufruhrs sein? Ich glaube nicht. Die eigentliche Quelle dieser Er-

scheinungen ist das Zahnungsgeschäft im Ganzen, das eine energische und ausgedehnte, bis zur Subinflammation, möchte ich sagen, gesteigerte Gefäss- und Nerventhätigkeit in Anspruch nimmt. Diese lebhaft gesteigerte Thätigkeit waltet überall in den Zahnwurzeln und Zahnhöhlen mehr als im Zahnfleische, und nicht die Nerven dieses letztern, sondern die eigentlichen Zahnnerven, das heisst die Nerven, welche in die Zahnwurzeln selber treten, sind der eigentliche Fokus dieser gesteigerten Thätigkeit. Darum muss das Zahnfleisch nicht blos oben auf dem Gipfel, sondern ganz besonders an der Basis skarifizirt werden."

Dieses Letztere hebt Marshall Hall ganz besonders heraus und bemerkt dabei, dass der Fall, in welchem er von der Skarifikation des Zahnfleisches die ausgezeichneteste Wirkung gesehen hat, grade ein solcher gewesen, in welchem bereits alle Zähne durch das Zahnfleisch durchgebrochen waren. — Wie sehr übrigens Marshall Hall für die Skarifikation des Zahnfleisches eingenommen ist, geht aus seiner Bemerkung hervor: „lieber das Zahnfleisch hundertmal (!) unnöthigerweise zu skarifiziren, als durch Vernachlässignng dieser in sich so unbedeutenden, in ihren Resultaten so wichtigen Operation den Eintritt eines einzigen Krampfanfalles zu gestatten."

Er will also, dass nicht an der hervorragendsten und gespanntesten Stelle des Zahnfleisches, wie es gewöhnlich in der Idee geschieht, um die Spannung zu heben und den Zähnen einen leichteren Durchgang zu verschaffen, die Skarifikation gemacht werde, sondern dass unmittelbar über den eigentlichen Zahnnerven das Zahnfleisch oder vielmehr dessen Blutgefässe durchschnitten werden, „grade wie bei Konjunktivitis die Gefässe der Konjunktiva skarifizirt werden". — Er will ferner, dass bei Fieber, Ruhelosigkeit, Neigung zu Krämpfen während der Dentition diese örtliche Blutentziehung täglich und in dringenden Fällen sogar zweimal täglich wiederholt werde, zumal da diese kleine Operation von einer geschickten Hand in einer Minute vollendet werde.

Es soll demnach durch die Skarifikation des Zahnfleisches nicht etwa Blut entzogen haben, um der im Gefolge des Zahnens eintretenden Kongestion des Gehirns und Rückenmarks zu begegnen, wogegen Blutegel direkt an den Kopf und kalte Umschläge offenbar viel wirksamer sein werden, sondern es soll durch sie die Reizung der Zahnnerven selber vermindert werden. Ich habe die Skarifikation des Zahnfleisches nur zweimal angewendet: einmal an einem in der ersten Dentition begriffenen, sehr kräftigen, vollblütigen Kinde, welches sich in Trismus

befand, und einmal bei einem eben solchen Kinde, bei dem das Zahnfleisch furchtbar aufgequollen und gespannt war. — In beiden Fällen schien die Skarifikation durch die lokale Blutentziehung grosse Erleichterung zu verschaffen; indessen bin ich weit entfernt, aus dieser unbedeutenden Erfahrung irgend einen Schluss zu ziehen, zumal ich mich anderer sehr kräftiger Mittel, als der Kälte auf den Kopf und der Abführmittel, zugleich bediente. Ob nun der Skarifikation des Zahnfleisches, wenn auch nicht mit demselben Enthusiasmus, wie es von Marshall Hall geschieht, nicht das Wort zu reden, ob sie als örtliche Blutentziehung in gewissen Fällen nicht ganz besonders zu empfehlen sei, ist eine Frage, die ich den mit Pädiatrik besonders beschäftigten deutschen Praktikern ans Herz lege und um deren Beantwortung ich sie herzlichst bitte.

Bericht über die Krankenpflege junger Kinder in meiner Abtheilung des allgemeinen Waisenhauses zu Stockholm im Jahre 1842, von Dr. T. Berg, Oberarzte der genannten Anstalt.

(Schluss, s. voriges Heft S. 332.)

2. Spezieller Theil.

Nachdem ich nun tabellarisch dargestellt habe, wie viel kranke Kinder ich überhaupt in Behandlung gehabt und respektive obduzirt habe, bin ich in die näheren Details der einzelnen Krankheiten eingegangen und will hier von den hauptsächlichsten mit kurzen Worten berichten, muss aber noch zuvor bemerken, dass ich bei den Obduktionen nicht immer die Zeit hatte, die Kopfhöhle zu eröffnen, sondern nur ungefähr bei dem vierten Theil der Leichen dies thun konnte. Dies ist auch der Grund, weshalb in den angeführten Tabellen die Symptome des Cerebrospinalsystems nicht als vollständig zu betrachten sind.

Von den 13 Fällen von *Hyperaemia cerebri et meningum* und *Haemorrhagia cerebri*, war in acht der Tod durch andere Ursachen herbeigeführt, wie es ja so oft geschieht, dass die *Congestio ad caput* nur ein sekondäres Symptom ist, von dem der Patient selten etwas spürt. In den übrigen 5 Fällen war aber Koma oder gesteigerte Reizbarkeit (Aufschreien, wüthender Blick) vorhanden; einmal

beobachtete ich sogar vorübergehenden Strabismus, ein anderes Mal Erbrechen oder beständige *Erectio penis*, oder Urinverhalten, und dies Alles, ohne dass irgend ein Zeichen einer Krankheit vorhanden war.

Fall No. 119 — ein Knabe, geboren 25. Nov. 1841, aufgenommen 29. Jan. 1842, wohlgenährt und munter, hatte nur ein paar Geschwüre auf dem Hintern. Am 3. Februar begann er etwas zu husten; keine Veränderungen im Respirationston, keine Störung im Unterleibe. Am 4. Februar Morgens starke Mattigkeit; er verschmäht die Brust; krampfhafte Zuckungen im Augapfel, periodisch gelinder Strabismus, geringe Bewegungen, kein Schreien, Mundschleimhaut bleich, trocken, Zungenwurzel mit weissgelbem Belag, drei Stühle, von denen einer schwarz gewesen sein soll, kein Husten. — *Hirud., Sinap.,* Kalomel gr. j *trihorio.* Starb um 6 Uhr Nachmittags. Die Obduktion ergab eine Blutfülle der Hirnhäute, starkes *Oedema meningum*, auch das Gehirn selbst war stark injizirt; und rund um die untern Hälften der Seitenventrikel herum fanden sich zahlreiche kapilläre Apoplexieen, wodurch die Wände zerstört waren; diese Apoplexieen erstreckten sich bis in die Kortikalsubstanz. In dem *Plexus choroideus* jeder Seite fand sich ein harter von dunklem Blut gefärbter Körper, der ungefähr die Grösse einer grossen Bohne hatte, und aus bedeutend erweiterten und stark durch Blut ausgedehnten Gefässen bestand. Ausserdem waren noch einige lobuläre Atelektasieen in den Lungen zugegen.

Den einen Fall von Trismus möchte ich hier wohl auch den Lesern mittheilen:

No. 116., — ein Knabe, am 31. Januar 1842 geboren, am 3. Februar mit einer starken Gelbsucht aufgenommen, die aber ohne alle Behandlung allmälig verschwand. Da aber das Kind ohne eine deutliche Ursache abmagerte, so wurde es am 14. Februar einer jüngern Amme übergeben.

15. Februar: Schläft mehr, saugt schwierig, keinen offenen Leib binnen 24 Stunden, die Nasenlöcher weit geöffnet, der Mund wie bei Thieren hervorstehend, die Kinnladen fest geschlossen; sein Schreien hat einen schwach pfeifenden Falsetton. — Laugenbad, *Ol. Ricini.*

16. Starker Kollapsus, er stöhnt etwas, kann nicht saugen, öffnet den Mund mitunter freiwillig, aber so wie man nur die Lippen berührt, erfolgt gleich wieder die Zusammenziehung; 2 stinkende grüne Oeffnungen; er hält die Extremitäten so fest in der Stellung wie im Mutterleibe, dass man nur mit grosser Anstrengung sie wieder gerade ziehen kann. Der Nabel war geheilt. — Laugenbad.

17. und 18. Zwei dicke, breiige, gelbgrüne Stühle binnen 24 Stunden, der Falsetton beim leisen Schreien bleibt. Jedesmal, wenn man versuchte, ihm die Brust zu geben, trat augenblicklich der Kinnbackenkrampf ein. Die Extremitäten noch in derselben Stellung. Röthe und Geschwulst der Kopfschwarte in der *Pars occipitalis*. — Laugenbad, Kalomel gr. j, Kataplasmen.

19. Drei graugrüne Oeffnungen. Aus der Geschwulst hinten am Kopf ist etwas Eiter herausgekommen; der Falsetton hat sich etwas gemildert. Der Mund kann leichter geöffnet werden, und das Trinken geht besser von Statten, aber nicht so das Saugen. Aphthen am Munde.

20. Er saugt wieder, obgleich mit Schwierigkeit.

24. Das Schreien schwach aber natürlich. Der Trismus ist verschwunden. Die Aphthen und die grünen Stühle dauern fort.

4. März. Er saugt begierig, ist aber mager wie ein Skelett. Die Hautfarbe des Rumpfes zieht sich ins Grünliche. Die Extremitäten sind beweglicher, aber rothblau. Die Aphthen sind noch vorhanden; gelbe und grüne Stühle wechseln ab. Die Geschwulst am Hinterkopf ist geheilt. — Ausser einer gelinden Ophthalmoblennorrhoe und Bronchitis trat die Besserung ein, so dass das Kind am 8. April wieder recht wohlgenährt und gesund war. Aber am 26. d. M. trat eine Bronchitis mit doppelter lobulärer Pneumonie ein, woran das Kind am 3. Mai starb. Die Leichenöffnung zeigte in der Gehirn- und Rückenmarkshöhle keine weitere krankhafte Veränderung, als dass die Dura mater gegenüber dem Occiput mit einem dünnen rostfarbenen Ueberzug bekleidet war, welchen man als eine äusserst dünne Membran ablösen konnte. Die Bronchien waren voller Eiter, die untern Lungenlappen lobulär hepatisirt. Der Trismus schien also wohl mit einer geringen Meningitis zusammen zu hängen.

Die 34 Fälle von *Atelectasis pulmonum* zeigen, dass diese Affektion nicht zu den seltnen gehört, obgleich dieselbe, da sie nur lobulär und wenig ausgebreitet ist, keine eigentlichen Krankheitssymptome hervorruft. Wenn aber eine Bronchitis sich dazugesellt, und, wie es bei Kindern der Fall ist, mit ihrem Sekret grosse Theile der Lungen obstruirt, so spielt die Atelektasis eine ganz wichtige Rolle, da nun der Athmungsprozess auf eine kleine Oberfläche beschränkt ist. Der anatomische Charakter dieser Krankheit ist eine dunkle rothblaue Färbung der Lungenoberfläche, wobei die entsprechende Stelle grubenförmig vertieft ist, während die Pleura durchaus normal ist. Schnei-

det man hier in das Lungengewebe ein, so hört man keine Krepitation, man sieht eine glatte milzgefärbte Fläche, und erhält beim Druck kein pathisches Sekret. Man kann aber diese Stellen mit mehr oder weniger Leichtigkeit aufblasen, die nun die bleichrothe Färbung und die Form der gesunden Lungensubstanz erhalten. Alle diese Erscheinungen finden sich auch bei einer chronischen ***Bronchitis capillaris*** und lobulärer Pneumonie, und dies erschwert um so mehr die Erkenntniss dieser Atelektasis, welche, nach Rokitansky, manchmal auf einem angeborenen Bronchialkatarrh beruht. Am Lebenden kann man diese Affektion nur durch einen schwachen Respirationston diagnostiziren, wenn sie nämlich ziemlich verbreitet ist; ist sie aber nur klein und lobulär, so fehlen uns alle physikalische Zeichen. Unvollständige Respiration und Blutoxydation, ungenügende Reizung des Cerebralsystems u. s. w., welche bei einer grössern Ausdehnung der Krankheit und bei Neugebornen so bald auftreten sollen, habe ich in meinem Wirkungskreise niemals beobachtet, vielmehr sah ich eine bleiche Hautfärbung rings um den Mund herum, die sich ins Bläuliche zog, eine allgemeine Magerkeit und Schwachheit, schwieriges Saugen auf diese Schwachheit folgen, stets aber ergab mir die Leichenöffnung noch mannigfache Komplikationen, wie Lungenemphysem, Anasarka und am häufigsten Bronchitis oder lobuläre Pneumonie. Insofern die Atelektasis auf einer verhinderten Ausdehnung der Lungenzellen beruht, ist wohl die Gymnastik ein treffliches Mittel dagegen, da man sie auf so verschiedene Weise anwenden und dadurch eine starke Ausdehnung des Brustkastens und eine tiefe Inspiration erzielen kann. Aber ein noch einfacheres Mittel wende ich täglich mit dem grössten Erfolg an; ich bläse nämlich schnell und kurz dem Kinde ins Gesicht, wodurch dieses dann gezwungen ist, ein oder mehrere Male tief Athem zu holen. Beiderlei Mittel müssen indessen vorsichtig angewandt werden. Nicht selten kommen auch Fälle vor, in denen kleine Kinder bei unregelmässiger und manchmal ausbleibender Respiration schnell blau werden, ohne dass die geringste Spur von Konvulsionen oder Zeichen von Herzkrankheiten zugegen sind. Die Fälle, die ich selbst beobachtet habe, sind in der Tabelle unter ***Asphyxia imminens*** aufgenommen, während ich es nicht wagte, die Zahl nach der Beschreibung der Ammen zu vermehren. Auch diese Zufälle rühren nach einigen Schriftstellern von einer Atelektasis her.

Ich habe bei dem einen Fall von Laryngotracheobronchitis den Inhalt der Bronchien mit dem Mikroskop untersucht und ihn deutlich

für fibrinöses Exsudat erkannt, mithin war dies ein wirklicher Krup. Der Verlauf der Krankheit war folgender:

No. 953, — ein Knabe, geboren 25. November 1841, aufgenommen 21. Juli 1842. Sah wohlgenährt und gesund aus.

22. August. Ist blass, speichelt viel und hat oft rothe Flammen auf den Wangen.

24. An zerstreuten Stellen des Körpers zeigten sich grosse flüchtige rothe Flecke; geringer Husten, ohne dass bei der Auskultation sich eine Veränderung im Tone zeigt. — *Tart. emet.* gr. *partem duodecimam trihor.*

25sten. Nach dem Erbrechen waren die Flecke verschwunden, und kamen nicht wieder. Schlief gut, aber hatte Hitze in der Nacht. Durst, Zunge mit dünnem weissen Belag, zwei dünne gelbe Stühle, Husten, geringes Schleimrasseln im Halse, *Rhonchus sibilans* mit verlängerter Exspiration. — Kermes.

26sten. Heiss, aber still während der Nacht, eine dünne gelbe Oeffnung, vermehrter Husten, man hört keine Inspiration, aber einen Exspirationston, dem ein Schwirren folgt, dessen Entstehen im Larynx man deutlich erkennt, obgleich er auf der ganzen Brust gehört wird. — *Hirud.* iv., *Tart. emet.*

27sten. Bleich und sehr matt, kein Erbrechen, obgleich jedesmal die Dosis vermehrt wurde, aber grosse dünne Stühle. Der gestrige Nebenton nicht mehr zu hören, aber angestrengtes abdominelles Athmen, der Exspirationston feuchter, bei der Inspiration noch der *Rhonchus sibilans.* — Kalomel. Starb um 2 Uhr Nachmittags. Die Bronchialschleimhaut war mit eiterähnlichem Schleim bedeckt und in feineren Verzweigungen fanden sich fibrinöse Flocken.

Von allen Krankheiten war keine so häufig und durch ihre Folgekrankheiten so verheerend wie die Bronchitis, welche vor allen die meisten Opfer forderte. Es ist zwar der kindliche Organismus mit seiner grossen Irritablität sehr geneigt, nach dem geringsten Reize auf die Schleimhäute hier eine reichlichere Sekretion hervorzurufen, aber es ist gerade vorzugsweise die Bronchialschleimhaut namentlich in einem Waisenhause so mannigfachen Reizungen ausgesetzt. Denn die Luft ist hier stets mit den Ausdünstungen so Vieler überladen, die Ammen sind leider nur zu oft ungesund, und die Kleider der Kinder fast beständig beschmutzt; allen diesen Dünsten kann das Lüften der Zimmer nicht den Ausweg verschaffen. Mithin ist die Bronchitis, und die Krankheiten in ihrem Gefolge, eine stehende Krankheit

in solchen Häusern, aber gleichwohl ersehen wir aus der Tabelle, dass sich im Frühling und im Herbst eine Steigerung einstellt. Besonders intensiv war eine Epidemie, welche im Oktober ausbrach und ganz Stockholm und deren nächste Umgebung heimsuchte. Diese Epidemie schien durch einen kalten N.-Ostwind hervorgerufen zu sein, welcher plötzlich das bis dahin gelinde Wetter vertrieb. Merkwürdig genug begann die Bronchitis in dem Saale, welcher diesem Winde am meisten ausgesetzt war, und mit einer solchen Heftigkeit, dass in einer Nacht 30 Kinder erkrankten. Für Kinder ist jede Bronchitis immer sehr gefährlich, weil sich bald eine reichliche Sekretion eines purulenten Schleims einstellt, welche die feineren Verzweigungen der Luftröhrenäste verstopft und hier den Zustand herbeiführt, den man kapilläre Brochitis oder lobuläre Pneumonie nennt. Die Gefahr ist um so grösser, wenn das Kind von schwächlicher Konstitution ist, und hängt ausserdem noch von dem Charakter der Epidemie ab, dem die Kinder in Privathäusern nicht so ausgesetzt sind. Der Charakter der Epidemie, welche hier im Oktober und November ausbrach, hatte einen wirklich krupösen Anstrich, und in mehreren Fällen hatte das Sekret eine fibrinöse Beschaffenheit. Die Diagnose einer einfachen Bronchitis ist bei Kindern ganz leicht. Im Anfang bemerkt man einen ***Rhonchus sibilans et sonorus*** oder nur eine harte Respiration, dann ***Rhonchus mucosus***, welcher endlich oft wieder ***sonorus*** wird. Manchmal hat man nur nöthig, des Kindes Brust mit den Händen zu umfassen, wo man deutlich die Erschütterungen des ***Rhonchus sonorus*** fühlen kann, die auf den Brustkasten fortgepflanzt werden; doch muss man sich hüten, auf eine Bronchitis zu schliessen, wenn durch zähen Schleim in der Nase und im Halse ein ***Rhonchus sonorus*** in der ganzen Brust entsteht; aber hier hört man daneben immer noch den reinen Respirationston. Meistentheils tödtete die Bronchitis durch eine sekundäre Lungenentzündung.

Auch von der Lungenentzündung haben die neuesten Beobachtungen dargethan, wie verheerend sie für das zarte Kindesalter ist, und man ersieht aus den früher aufgeführten Tabellen, dass über die Hälfte der Todesfälle von dieser Krankheit herrühren. Dass sie bei Kindern eine ganz andere Natur, einen ganz andern Verlauf und eine unvergleichlich grössere Gefahr als bei Erwachsenen hat, ist erst neuerdings nachgewiesen worden. Ich habe oben angedeutet, dass die Bronchitis meist durch Lungenentzündung tödtlich endet; dasselbe ist auch an andern Orten beobachtet worden, und hat dem Herrn Seifert für den

Namen Bronchopneumonie hinreichend geschienen. Veranlassende Ursache zur Pneumonie war in diesem Jahre nächst der Bronchitis die Pyämie — Eiterabsonderung — aus den bei Kindern häufig vorkommenden Abszessen im subkutanen Zellengewebe.

Während bei Erwachsenen die Lungenentzündung, nach allen bisherigen Beobachtungen, häufiger die rechte Seite befällt als die linke und immer gar selten beide Seiten zugleich, so finden wir bei Kindern gerade das umgekehrte Verhältniss, weil der Charakter hier mehr lobulär ist. Ferner finden wir bei der Pneumonie der Kinder nicht das heftige entzündliche Fieber so vorherrschend, vielmehr eine verminderte Blutoxydation, eine verminderte Cerebralreizung, und drohende Erstikkung. So habe ich oft vermehrte Schläfrigkeit, bleiche oder bläuliche Hautfärbung, nicht selten kalte, rothblaue, ödematöse Hände und Füsse beobachtet. Bei einer genauern Untersuchung findet man oft den Mund mit schaumigem Speichel angefüllt, der Rhythmus der Respiration ist beschleunigt, unregelmässig und bewirkt starke Ausdehnung der Nasenflügel und des Zwerchfells. Husten ist meist vorhanden und besonders wenn eine Bronchitis vorhergegangen ist; aber er kann auch ganz fehlen oder so unbedeutend sein, dass man gar nicht darauf zu achten hat. Der Auskultation und Perkussion treten hier grosse Schwierigkeiten in den Weg, weil die Pneumonie so lobulär ist und der kindliche Brustkasten nur eine so geringe Räumlichkeit für die Untersuchung darbietet; dazu kommt noch, dass über die Verstärkung der Respiration der Wille des Kindes nichts vermag. Schreit gar das Kind und man verliert dabei die Geduld oder kann es nicht zum Schweigen bringen, so ist alle Untersuchung unmöglich. Ist das Kind schläfrig, so geschehen die Respirationen so lässig, dass der Brustkasten nicht ordentlich ausgedehnt wird, oder so schwach, dass man gar Nichts hört. Meine Erfahrung hat mich belehrt, dass das von so Vielen als wichtiges pathologisches Zeichen gerühmte Knisterrasseln gar nicht diese Wichtigkeit verdient, da bei vollkommen gesunden Kindern die erste tiefe Inspiration, nachdem mehrere vollständig vorhergegangen sind, dieselbe Erscheinung hervorruft, wenn auch nur vorübergehend. Soll also das Knisterrasseln einige Beachtung verdienen, so muss es anhaltend sein. Wie ich gefunden habe, ist es auch nothwendig, dass während der Auskultation tief inspirirt werde, und um dies zu bewerkstelligen, blase ich, wie schon oben erwähnt, dem Kinde ins Gesicht. Wichtiger als das Knisterrasseln ist die bronchiale Respiration, bronchiales Blasegeräusch; aber man kann sie nur

schwer oder kaum bemerken, wenn die lobulären Pneumonieen so zusammengeflossen sind, dass die kranke Oberfläche eine grössere Ausdehnung gewonnen hat, wodurch leider die Heilung weniger in Aussicht gestellt ist.

Ein besonderes Gewicht haben mit Recht Einige auf das Resultat der Perkussion gelegt; aber man sieht, je offenbarer das Resultat ist, eine desto grössere Fläche ist erkrankt und um desto weniger steht Heilung zu hoffen. Wegen der lobulären Natur der Pneumonie tritt oft eine Abszessbildung ein, und zuweilen in solcher Ausdehnung, dass die ganze Lunge wie ein Pilz von Eiterhöhlen durchwebt ist. Liegen diese oberflächlich, so erregen sie bald Pleuritis. Einmal hatte solche Abszessbildung eine Perforation der Lungen und Erguss von Luft und Eiter in den Pleurasack erzeugt.

Die Pleuritis betrachtete man lange Zeit als einen Fremdling unter den Krankheiten, bis die neueren Untersuchungen, die von Herrn Baron jun. in einer Inaugural-Dissertation: ***De la pleuresie dans l'enfance,*** zusammengestellt sind, uns von dem Gegentheil überzeugten. Von der Anzahl von Pleuritis, welche ich bei den Leichenöffnungen fand, waren $\frac{3}{4}$ bilateral, hatten also ein ähnliches Verhalten wie die Pneumonie, und waren meist sekundäre Erscheinung einer lobulären Pneumonie.

Ueber die Aphthen (***Torsk***) habe ich im Dezember vorigen Jahres in der schwedischen medizinischen Gesellschaft Hygiaea meine mikroskopischen Beobachtungen mitgetheilt. Ich habe ebenfalls wie Prof. Vogel in Göttingen und Dr. Hanover in Kopenhagen gefunden, dass in den Aphthen ein vegetabilischer Lebensprozess stattfindet. Demnach hat man diese nicht mehr als ein Resultat einer Stomatitis zu betrachten, ohne dass indess die Frage über dies Parasitenleben entschieden ist. Die in dem Aphthen vorkommenden Pilze sind nahe verwandt mit dem Favus und den Gährungspilzen und gehören zu dem von Corda aufgestellten Genus ***Torula.*** Meine Beobachtungen haben mich ferner belehrt, dass die Vegetation auf die Schleimhaut der Mundhöhle, des Mastdarms und des Magens beschränkt zu sein scheint. Zwar habe ich sie auch in der Luftröhre gefunden, und wie es schien waren die Pilze dort gebildet, aber dies bedarf noch weiterer Bestätigung. Im Magen habe ich sie oft auf kleinen Erosionen der Schleimhaut so festsitzend gefunden, dass ich über ihre örtliche Bildung gar nicht in Zweifel bin, obgleich sie noch öfter aus dem Munde hierher hinabgleiten. Da die Aphthenpilze gewissermaassen zwischen

den Zellen des Epitheliums zu wurzeln scheinen, so könnte man vielleicht a priori annehmen, dass man sie da nie finden wird, wo das Epithelium aus einfachen und oft abgestossenen und erneueten Lagen von Zellen besteht, also im ganzen Darmkanal. Nicht allein Ammen, sondern auch Aerzte und Schriftsteller über Kinderkrankheiten nennen Schwämmchen (*Torsk*) die weissen oder grünen Klumpen, welche die Exkremente der Säuglinge so oft enthalten; man muss sie vielmehr Käse nennen, da sie nach meinen oft wiederholten Untersuchungen nur aus unverdauter geronnener Milch bestehen.

Meine tägliche Beobachtung hat mich auf das Bestimmteste von den Fehlern der Franzosen überzeugt, welche unter der Benennung Muguet eine Menge heterogener Krankheitssymptome zu einer höchst gefährlichen Kinderkrankheit zusammengestellt haben. Es ist zwar wahr, dass eine Menge tödtlicher Kinderkrankheiten, besonders in Kinderhospitälern, wo man, wie dies grösstentheils im Süden der Fall ist, eine künstliche Ernährung anwendet, der Aphthenvegetation folgen; aber es ist ein offenbarer Missgriff, wenn z. B. ein Kind an einer Lungen- oder Unterleibsentzündung leidet oder stirbt, diese zu übersehen, und die Krankheit oder Todesursache nach einer zufälligen und, so weit jetzt unsre Erfahrungen reichen, unschuldigen Komplikation mit Aphthen zu benennen, welche manchmal auf dem Kinde vegetiren können, ohne dass man im Stande ist, die geringste Spur einer Störung der Gesundheit zu entdecken. Ich kann jedoch mich nicht enthalten, hier eine Hypothese aufzustellen, die vielleicht durch die Chemie verifizirt werden könnte. Wir wissen nämlich, dass in 9 Fällen unter 10 gleichzeitig mit den Aphthen auf der Mundschleimhaut oder kurz nachher eine Farbenveränderung der Exkremente vom Gelben zum Grasgrünen eintritt, während auch die Digestion gestört ist, die sich nicht selten durch Unruhe, Erbrechen, Schlaflosigkeit, Abmagerung und grosse Mengen von unverdautem Käse in den Exkrementen zu erkennen giebt. Wir wissen, dass diese Veränderung in den Exkrementen oft eine Folge ihres sauren Geruches ist. Ich habe in einigen Fällen in diesem Geruch bestimmt den der Essigsäure erkannt. Da nun die grüne Farbe der Exkremente wahrscheinlich von einer Farbenveränderung der Gallenmaterie herrührt, da wir wissen, dass Säuren auch ausserhalb des Organismus die Galle einer gleichen Farbenveränderung unterwerfen, und da nach den Erfahrungen der neuesten Zeit ein inniger Zusammenhang zwischen dem Gährungsprozess und der Vegetation von Gährungspilzen bewiesen ist, so könnte man wohl fragen:

ist es nicht möglich, dass die Vegetation der Aphthen so störend auf den Verdauungsprozess der Speisen einwirken kann, dass sie eine anomale Zersetzung der Speisen bedingt und deren Bestandtheile vielmehr zur Bildung irgend einer Säure (Essigsäure?) disponirt, welche nun in der Galle die Farbenveränderung hervorruft und die Digestion stört?

Zweimal habe ich den Verlauf von *Ulcera linguae et oris* von ihrem ersten Beginnen an verfolgen können, während man gewöhnlich sie eben nur als Ulzera sieht. In dem einen Falle war die Zunge voller weissgelblicher Pusteln, welche bereits am folgenden Tage sich zu Geschwüren ausbildeten; aber auf der Aussenseite der Oberlippe war nun auch eine Pustel von derselben Grösse und von demselben Aussehen, wie die auf der Zunge, ausgebrochen. Zwei Tage nachher hatte die Pustel auf der Lippe einen Durchmesser von mehr denn 2 Linien, war in der Mitte gelb und vertieft, und hatte mit einem Worte die grösste Aehnlichkeit mit einer Blatterpustel. Nach Verlauf von 6 Tagen begann das Geschwür auf der Zunge zu heilen, während die Pustel auf der Lippe noch mit einer grossen harten Kruste bedeckt war. Ungefähr 16 Tage nach dem Beginn der Krankheit war Alles vollständig geheilt, nur waren tiefe Narben zurückgeblieben. Die Identität der äusseren Pusteln mit der auf der Zunge kann man wohl nicht in Zweifel ziehen. Da ich nun auch in einigen andern Fällen Pusteln auf der Zunge der Ulzeration vorhergehen sah, so kann man wohl annehmen, dass sie jedenfalls die Folge eines pustulösen Prozesses war, dessen Verlauf natürlich, wegen der Struktur des Epitheliums und der stets hier vorhandenen Feuchigkeit, von dem der Pustelbildung auf der Haut abweichen musste. In mehreren Fällen ist dieser Krankheitsprozess gleichzeitig mit Pemphigus aufgetreten — in andern dagegen war das Kind vollkommen gesund. Da, wie es oft der Fall war, mehrere Pusteln zusammenflossen, so haben sie auch grosse und tiefe Ulzerationen gebildet, deren gewöhnlichster Sitz hinten an der Zungenwurzel war. Einige Mal hatten sich auch deutliche Ulzerationen am Gaumen gebildet, und es entstand danach auch ein gleicher ulzerativer Prozess an der Brust der Amme, so dass wirklich eine Kontagiosität stattgefunden zu haben scheint, ohne dass man jedoch den geringsten Grund hatte, diese Geschwüre für syphilitisch zu halten.

Den einen Fall von Gastromalacie oder gelatinöser Erweichung, der bei Lebzeiten deutliche Symptome einer tiefen Störung in der Verdauung zeigte, und den ich nach dem Tode einer genaueren Untersuchung unterwarf, halte ich hier des Mittheilens werth.

No. 277, — ein Knabe, im Mai kurz nach der Geburt aufgenommen, hatte einen gelinden Ikterus, befand sich aber 3 Wochen lang ganz wohl.

8ten Juni. Kränklich. Pemphigus an der untern Hälfte des Körpers.

10ten. Hitze in der Nacht, schreit oft, erbricht sich nach dem Säugen, die Zunge ist bleich, mit dünnem weissen Belag, der Bauch ist hart, aber nicht aufgetrieben; eine geringe, gelbe Leibesöffnung; kein Husten, normale Respiration. — *Ol. Ricini.* Diät.

11. und 12ten. Die nächtliche Hitze dauert fort. Unruhe und Erbrechen; 2 bis 3 gelbe Stühle binnen 24 Stunden. Die Amme wurde gewechselt.

13ten. Still.

14ten. Schreit die ganze Nacht, saugt schlecht, Aphthen, Erbrechen, grüner Stuhl, die rechte Hälfte scheint aufgetrieben zu sein, ohne dass dabei die Haut entfärbt ist, aber man fühlt undeutlich tiefgelegene Fluktuation, die Bewegung des rechten Schenkels ist schmerzhaft, auf der untern Hälfte des Körpers zeigen sich kupferrothe Psoriasisflecke. — *Hirud.,* Bad, *Ung. Hydr.*, Katapl.

15. — 19ten. Ruhig, saugt besser, Stuhl grün — *Pulv. Rhei cum Magn.*

20sten. Die Psoriasis vermehrt sich und breitet sich auch im Gesicht aus; keine Entfärbung aber deutliche Fluktuation und Geschwulst an der ganzen Hüfte — Waschen mit Sublimatwasser.

21sten. Schankerähnliche Geschwüre am Gesäss.

24. 25sten. Die Geschwulst an der Hüfte unverändert, starkes Oedem des rechten Fusses, starke weissgrüne Diarrhoe. — *Emulsio oleosa, Mucilag. Gummi mim., Liq. Kali carb.*

26sten. Die Geschwulst hat sich geöffnet und es fliesst reichlich dicker Eiter heraus. Die Stühle sind dünn, grünspanfarben.

27sten. Ist plötzlich stark abgefallen, die Zunge ist sehr bleich und rein. Die Exkremente sind noch von derselben Beschaffenheit, nur etwas dicker. — *Rheum.*

28sten. Das Geschwür am Gesäss ist geheilt und der Ausschlag trocknet ein. Aus der Geschwulst an der Hüfte fliesst reichlich Eiter. Starb um Mitternacht.

Die Sektion erwies, dass die Geschwulst an der Hüfte mit dem Schenkelgelenk kommunizirte, und dass der Gelenkkopf und die Pfanne kariös waren; der Magen enthielt über drei Unzen geronnener Milch,

mit blutigen Schleimflocken vermischt, und ist auf der ganzen linken Seite geléeartig durchscheinend und erweicht, so dass man ihn durch die leiseste Berührung zerreissen kann. Der Darmkanal mit einem weissen, an wenigen Stellen ins Gelbliche ziehenden Schleim belegt. Die Follikel des Dickdarms, besonders nach unten zu, sind ulzerirt und von einer schwarzen, schieferfarbigen Masse umgeben. Ein Vertikalschnitt durch den erweichten Theil des Magens zeigt deutlich Verdickung der Magenwand, die von einer geléeartigen Anschwellung des Zellgewebes herrührt. Die Schleimhaut ist ziemlich fest, so dass man grosse Stücke ablösen kann, ist bleich, zeigt deutlich die Pephsiröhren, welche in Gruppen geordnet sind, und ein festes Epithelium. Aber die darunter liegende geléeartig erweichte Schicht Zellgewebe ist farblos, die Primitivfasern sind hier so verdichtet, dass sie dicker sind als primitive Muskelfasern. In diesen verdickten Fasern erblickt man deutlich eine Menge Zellenkerne, auch erblickt man zahlreiche elliptische Zellen, so dass man ein in Bildung begriffenes Zellgewebe zu sehen glaubt. Die Muskelschicht scheint nur wenig Veränderung, nur eine wellenförmige Lagerung der Fasern erlitten zu haben. Das Zellengewebe zwischen der Muskelschicht und dem Peritonäum ist ebenfalls, obwohl weniger erweicht. Es scheint also die ganze Krankheit gleichsam eine Mazeration zu sein.

In der Schleimhaut des Magens habe ich auch zahlreiche *Erosiones et Ulcera haemorrhagica* beobachtet, von denen die meisten nur ganz oberflächlich selten mit Substanzverlust verbunden waren. Sie sassen besonders nach dem Pylorus zu und hatten gar kein Zeichen einer Entzündung, ihre Form ist meist kreisrund, $\frac{1}{2}$ — 1 Linie im Durchmesser. Meine Aufmerksamkeit wurde zuerst hierauf durch die schwarzen Streifen Blut gelenkt, welche von einer jeden Erosion aus auf der Schleimschicht verlaufen und nach deren Fortnahme man erst deutlich ein Loch in der Schleimhaut bemerkt.

Cruveilhier's Ansicht, dass sie aus einer follikulösen Entzündung entstehen, wage ich zu bezweifeln, weil erstlich ein eigentlicher Apparat von Follikeln im Magen und zweitens durchaus die Entzündung fehlt. Da ich mehreremal Aphthenbildung genau auf der kranken Stelle gefunden habe, so bin ich der Meinung, dass die Erosionen durch die Einwirkung der Aphthen entstehen. Diese meine Meinung bedarf aber noch der Bestätigung, und selbst, wenn sie als falsch erwiesen wird, nehme ich sie gern zurück. Diese Verletzungen sind aber wichtig, weil in ihnen ein beständiger Blutaustritt stattfindet,

wodurch sowohl der Inhalt des Magens als auch der des ganzen Darmkanals blutig gefärbt erscheint.

Diese Affektion aber am lebenden Individuum zu diagnostiziren, ist noch ein Gegenstand, welcher der ferneren Forschung überlassen ist. Zuerst ist das Erbrechen von Blut wohl für ein diagnostisches Zeichen zu achten, und in der That rührte in 6 Fällen dasselbe von solchen Erosionen her; aber diese wenigen Beobachtungen beweisen Nichts, obwohl man fast annehmen kann, dass die Ammen häufig das Erbrechen geringer Mengen Bluts übersehen, oder doch wenigtsens Nichts davon sagen, weil sie die Wichtigkeit dieser Erscheinung nicht beurtheilen können, und ruhig das Erbrochene bei Seite schaffen, noch ehe der Arzt kommt. Geht gar die geringe Menge Blut durch den Darmkanal ab, so erleidet das Blut auf diesem Wege eine bedeutende Farbenveränderung und ist so gut wie gar nicht in den Stühlen zu erkennen. Die chlorotische Farbe und die Abmagernug bei Kindern, die an Erosionen im Magen leiden, erklärt sich leicht durch den inneren Blutverlust, kann aber doch nie auf eine bestimmte Diagnose leiten. Gegen die dadurch entstehende gastrische Störung habe ich häufig mit Glück einige Tropfen *Acidum sulphuric.* im Wasser angewandt.

Den pustulösen Prozess habe ich auch im Magen bei einem Geschwüre im *fundus ventriculi* beobachtet, und zwar bei einem 14 Wochen alten Mädchen, das am 24. Februar mit *Impetigo capitis* aufgenommen war; ausserdem waren der Leib und die Extremitäten mit zahlreichen Papulae und Vesiculae besetzt; zahlreiche kleine runde Geschwüre fanden sich am Gesäss und an den *Labia majora.* Dabei litt das Kind am Erbrechen, und die grünen Stühle rochen sauer.

25sten Februar. Eine gelbe Leibesöffnung.

10ten März. Zahlreiche Vesiculae auf der Zunge, die zum Theil schon in Geschwüre übergegangen waren. — *Liq. Kali carb., Linct. Natr. borac.*

12ten. Die ganze Oberfläche der Zunge ist mit Geschwüren bedeckt, die einen gelben Grund haben; eben solche Geschwüre finden sich auch auf den Lippen und erschweren das Saugen und Schlucken. Grüne Leibesöffnung.

Bepinselung mit *Argent. nitr.* (gr. j auf ℥j).

13ten. Die Geschwüre rein.

19ten. Todt. — Links an der Kardia sah ich ein ovales Geschwür ungefähr $\frac{1}{2}$ Zoll lang. Es schien schon im Heilen begriffen.

zu sein, denn es war mit einer weissgelblichen Masse bedeckt, die, genauer untersucht, Eiter war. Eine Abbildung von diesem Fall hat Hr. Prof. Huss für seine Sammlung anfertigen lassen.

Unter den Leiden der Darmschleimhaut, welche die Kinder so häufig befallen, ist zwar die chronische Entzündung bei weitem das häufigste und richtet gewiss die grösste Verheerung unter den Kindern an, aber auch die akute Entzündung hat die sehr grosse Neigung, tödtlich zu enden. Diese akute Entzündung, wenn sie nicht sehr ausgedehnt ist, tritt fast immer mit den Symptomen der Cholera auf, nämlich schnelles Erbrechen, wässrige, weissgelbe oder hellgrüne Stuhlausleerungen, welche oft weissgelbliche Flocken oder blutigen Schleim enthalten (letzterer riecht oft intensiv nach Saamenflüssigkeit); dabei leidet der Kranke an grossen Durst, seine Extremitäten sind kalt, ebenso Nase und Zunge; Kollapsus, die Haut hat eine bleiche, bläu-, liche Färbung, die Augen sind tief eingefallen und mit einem blauen Ringe umgeben; dabei ist der Kranke unruhig und schlaflos, stöhnt oder liegt im Koma. Hat die Krankheit zwölf Stunden gedauert, so ist sie am Kinde schon sehr deutlich zu erkennen. Die Unterscheidung aber, welcher Theil des Darmes der Sitz der Entzündung ist, ist schwer, wenn nicht gar unmöglich. Jedoch scheint es, dass die Symptome heftiger sind, wenn der Dünndarm entzündet ist und sich hier Exsudat oder Erweichung der Darmschleimhaut gebildet hat.

Nach der Leichenöffnung kann man oft mit Bestimmtheit zwei Arten der Entzündung unterscheiden, von denen die eine ihren Sitz in den Villis, die andere in den Follikeln hat. Ist die Entzündung in der Villis, so kann man von diesen das Epithelium leicht ablösen und dann scheint die darunter liegende Schicht sehr erweicht zu sein. Die Entzündung hingegen in den Follikeln scheint eine vermehrte Sekretion hervorzurufen, wodurch diese Follikel platzen; fliessen so mehrere Follikel zusammen, so bildet sich deutlich Ulzeration, auch zeigt das Mikroskop, dass das Blutgefässnetz theilweise zerstört ist. Die Angabe von Böhm, dass sich in den Choleraexkrementen ganze Stücke Epithelium finden und oft wie Finger eines Handschuhes geformt, habe ich durch meine Beobachtungen bestätigt gesehen, aber auch gefunden, dass es nicht der Ueberzug der Villi, sondern der Lieberkühn'schen und Dickdarmsfollikeln ist.

Die *Enterocolitis chronica* war sonst die allgemeinste Ursache der Schwindsucht, (*Atrophia*). Die anatomische Untersuchung erweist *hier* die Ablagerung eines schwarzen Pigments in den Villis, in dem Fol-

likularapparat der Peyerschen Drüsen und rund herum um die Follikeln im Dickdarm; oft erscheint durch diese Deposita die ganze Darmwandung schiefergrau und die Follikel erscheinen unter dem Mikroskop ulzerirt. Ich glaube durch Injektion der Gefässe solcher kranken Därme erkannt zu haben, dass dieses Pigment aus einer Stockung und Zersetzung des Bluts entsteht. Auf welche Weise aber diese Krankheit die Schwindsucht hervorruft, bin ich nicht im Stande, zu entscheiden; wahrscheinlich ist sie eine Folge der durch die Steigerung hervorgerufenen Hyperämie.

Ueberraschen muss es einem Jeden, dass, wie sich aus den Leichenöffnungen ergiebt, Nierengries eine so häufige Erscheinung bei den Kindern ist, und man kann wohl annehmen, dass sie noch häufiger ist, da ich viele Nieren gar nicht darauf untersucht habe. Auch auf meiner Reise habe ich bei Leichenöffnungen in Paris und Wien so sehr häufig Gries in den Nieren bei Kindern gefunden. — Der Gries selbst findet sich als ein feines Pulver, das zum Theil die Spitzen der Pyramiden füllt oder sich im Nierenbecken lagert, ja sogar hier oft bis erbsengrosse Konkremente bildet. Es ist nicht reine Harnsäure, da man deren Krystalle nicht unter dem Mikroskope darin erkennen kann, sondern Salze dieser Säure, aus denen man die Harnsäure durch Salpetersäure austreiben und unter dem Mikroskop erkennen kann. Die Basis dieser Salze habe ich nicht genauer untersucht. Nur in 4 Fällen konnte ich dieses Leiden durch Gries im Harn diagnostiziren; aber wie oft fehlt uns dies Mittel der Diagnose, da das Sammeln des Urins bei Kindern so sehr schwierig ist. Der Gebrauch von Natron hat sich mir stets erfolgreich bewiesen.

Die Tuberkelbildung hat im kindlichen Organismus eine allgemeinere Verbreitung und eine intensivere Lokalisirung als bei Erwachsenen. Sie ergreift hier nicht allein die Lungen, die Leber und die Unterleibsdrüsen, sondern auch die Leber, die Bronchialdrüsen, die Peyerschen Drüsen, das Gehirn, die Nieren, den Dickdarm. Ja sogar im Fötalleben bilden sich Tuberkeln aus, da ich zweimal wallnussgrosse Tuberkelexkavationen in den Lungen eines viertehalb Monat alten Kindes beobachtet habe. Aber die Tuberkeln gehen nicht allein selbst in die gefährliche Erweichung über, sondern erregen durch ihren Reiz Entzündung in den benachbarten serösen Häuten, also Pleuritis, Peritonitis und Meningitis.

Inflammatio telae cellulosae subcutaneae habe ich die Krankheit genannt, diem an sonst ***Erysipelas phlegmonodes*** oder ***Pseudoerysipelas*** nennt. Sie gehört meiner Meinung nach mehr den Kin-

derkrankenhäusern als dem Kindesalter an. Da diese Entzündung immer ihren Ausgang in Eiterung nimmt, so ist nicht allein die Zerstörung der Haut zu fürchten, sondern auch die Eiterabsorption; es muss also von vorne herein diese Krankheit sehr energisch behandelt werden, und dazu kann ich in jeder Hinsicht die Skarifikation empfehlen, oder man kann auch mit *Lapis infernalis* tuschiren, sobald sich die eigenthümliche Röthe in der Haut zeigt. Hat sich aber bereits Eiter gebildet, so muss man den Abszess öffnen und eine Lösung von *Lapis infernalis* einspritzen.

Unter den Fällen von Skabies habe ich nur die aufgeführt, wo ich den *Acarus scabiei* fand. Bei mit Skabies behafteten Kindern kann man mit Leichtigkeit tausende von diesen Thieren finden, da sie sich hier fast über den ganzen Körper verbreiten, die Haut unterminiren und dem Kinde unsägliche Schmerzen verursachen. Ich habe gefunden, dass die Berührung von nur wenigen Minuten hinreicht, die Thiere zu übertragen, da es sich so leicht in die Haut eingräbt. Es ist also vollkommene Trennung und fast übertriebene Reinlichkeit nothwendig, wenn man nicht die schnelle Verbreitung noch begünstigen will.

Somit beschliesse ich hier meinen Bericht über das Jahr 1842, und bemerke nur noch, dass ich keinen Grund habe anzunehmen, dass die in der Tabelle verzeichneten plötzlichen Todesfälle etwa durch ein Erdrücken der Ammen verursacht seien.

II. Analysen und Kritiken.

Ueber Gehirn- und Rückenmarkskrankheiten der Kinder.

(Die Krankheiten des Gehirns und Rückenmarks bei Kindern. Durch Krankheitsfälle aus dem ersten Kinderspitale erläutert von L. W. Mauthner. Wien 1844. 8. mit Abbildungen.)

(Schluss, s. voriges Heft S. 366.)

Auf die Hirnwucherung lässt der Verf. nun die Darstellung des entgegengesetzten Zustandes, der Hirnarmuth (*Atrophia cerebri*), folgen. Was uns überhaupt in der Anordnung dieses Werks störend entgegentrat, war, wir müssen es frei gestehen, das Einschieben der zahlreichen Krankengeschichten in den Text. Die Folge davon ist

ein Auseinanderreissen desselben, wodurch der Zusammenhang und somit die klare Anschauung des abzuhandelnden Gegenstandes ausserordentlich beeinträchtigt wird. Wir zweifeln nicht, dass, wenn der Verf. in der Anordnung dem Beispiele vieler französischen Autoren, z. B. Andral's in dessen *Clinique médicale*, gefolgt wäre, nämlich die nach einem bestimmten Prinzip geordneten Krankengeschichten vorausgeschickt und dann zum Schlusse ein vollständiges Resumé gegeben hätte, das ganze Werk an Klarheit und praktischem Nutzen nur noch bedeutend gewonnen habe nwürde. Diese Betrachtung hat sich uns besonders beim Durchlesen des Kapitels von der Hirnatrophie aufgedrängt. Der Verf. hat sich zwar bemüht, uns die einzelnen Arten dieser Krankheit im kindlichen Lebensalter vorzuführen und so gut als möglich ihre Entstehung zu erklären: ein vollständiges, klares Krankheitsbild wird uns jedoch nicht geboten; der Zusammenhang der Hirnarmuth mit tiefen Leiden der Reproduktion, besonders Mesenterialskropheln und erschöpfenden Durchfällen, mit Erweichung der Magen- und Darmschleimhaut, wodurch dem Marasmus ähnliche Zustände herbeigeführt werden, ist indessen im Text ausführlich abgehandelt, wie auch durch Krankengeschichten trefflich veranschaulicht. Nur hätten wir gewünscht, dass das Verhältniss der Hirnatrophie zum chronischen Wasserkopf, zwei Zustände, die so häufig mit einander komplizirt sind, mehr berücksichtigt worden wäre, als es in der That der Fall ist. Der Verf. sagt S. 195: „Auf dieser niedern Stufe des Hirnlebens bildet sich sehr häufig die passive Exsudation im Gehirne aus, indem einerseits durch das gesunkene Nervenleben die Resistenz der Gefässwände erlischt, und andererseits das Blut vermöge seines Mangels an Plastizität geneigt wird, das Serum freiwillig fahren zu lassen, wodurch die Hirnatrophie in *Hydrocephalus chronicus*, und mit dem Erscheinen des letzteren für den Beobachter untergeht." Der Verf. nimmt hier also die Atrophie des Gehirns als den primären Zustand an, in dessen Folge sich später Wasseransammlungen bilden; allein wir können nicht daran zweifeln, dass die Atrophie des Gehirns auch konsekutiv, in Folge allmälig sich vermehrender seröser Anhäufungen in den Ventrikeln, entstehen kann. Eine Seite, 203 eingeschobene, Bemerkung zeigt uns, dass der Verf. eine solche Entstehungsweise der Hirnarmuth wohl zugiebt; er sagt nämlich, dass die Ansammlung von Serum in den Hirnhöhlen ein allmäliges Schwächerwerden der höheren Funktionen zur Folge habe, wie dies im *Hydrocephalus chronicus* und *congenitus* und beim Vorhandensein grosser, das Gehirn verdrängender

Hydatiden der Fall sei. Allein auf eine ausführlichere Erörterung dieses Gegenstandes lässt er sich weder hier, noch später bei der Betrachtung des chronischen Wasserkopfes ein, und doch ist dies ein Gegenstand von der höchsten Wichtigkeit. Die Wasseransammlung als solche würde den chronischen Hydrocephalus nicht zu einer so unheilbaren Krankheit machen, wenn nicht damit eine Atrophie desGehirns in den meisten Fällen verbunden wäre: ebenso wie eine Hydrocele erst dann von üblen Folgen ist, wenn sie durch ihr langes Bestehen und fortdauernde Kompression des Testikels Atrophie dieses Organs herbeigeführt hat.

Der Verf. macht noch auf eine eigenthümliche Veränderung der Hirnsubstanz aufmerksam, die zuweilen bei atrophischen Kindern vorkommt, wenn die Zeichen eines kongestiven oder entzündlichen Zustandes im Gehirn vorhanden sind. Er bezeichnet diese Veränderung als partielle Induration. Das Volumen des Gehirns ist dabei oft normal, bisweilen auch vermindert. Der Sitz dieser Induration ist gewöhnlich das *Centrum semiovale*, die Wandung der Seitenventrikel, und der Markstreifen (*Taenia Halleri*). Sie ist von länglicher Form, lichtgrauer Färbung, und giebt ein knorpeliges Gefühl bei der Berührung. — Die partielle Atrophie einzelner Hirntheile wird ausführlicher erwähnt. Vielleicht hätte aber auch dieser Gegenstand mehr Beachtung verdient, wenn man erwägt, ob nicht Affektionen des Gehirns während des Fötuslebens im Stande sind, solche Veränderungen zu hinterlassen.

Schliesslich betrachtet der Verf. die sich durch Kleinheit und Flachheit des Schädels auszeichnendeHirnatrophie, die an die Kretinbildung erinnert, und mit dem angeborenen Wasserkopfe in vielen Beziehungen Aehnlichkeit hat. Der Verf. meint hier jenen angeborenen Hydrocephalus, welchen Goelis als mit Kleinheit des Schädels verbunden, beschrieben hat. Die an dieser Hirnatrophie leidenden Kinder, welche der Verf. beobachtete, waren kräftig und muskulös, spielten auch wohl, konnten aber weder stehen, noch gehen, sahen und hörten schwach, hatten meist in der ersten Kindheit an Konvulsionen gelitten, waren gefrässig, und zitterten stets mit Händen und Füssen. Durch diese Symptome unterscheidet sich die Krankheit von jener Form des chronischen Wasserkopfes, die von Goelis so trefflich beschrieben worden ist.

Das in seinem Wachsthume durch abnorme Schädelbildung beengte Gehirn wird leicht zur Lager- und Zeugungsstätte von Produkten

allgemeiner dyskrasischer Prozesse, z. B. von Tuberkeln, wie der Verf. einen solchen Fall ausführlich mittheilt. Bei dieser Gelegenheit macht er folgende Bemerkung: „Hier war also Atrophie des Gehirns die Ursache der Hirntuberkulose, auf ähnliche Weise, wie sie oft *Hydrops cerebri* veranlasst; denn so wie Wassersucht und Schwindsucht, ebenso sind Tuberkulose und Atrophie oft nur die verschiedenen Ausdrücke eines Schwächezustandes der bildenden Thätigkeit." Wir wollen uns auf eine genauere Untersuchung dieses Satzes hier nicht einlassen; nur erlaube man uns zu bemerken, dass eine ausführliche Erörterung, namentlich der beiden Begriffe „Schwindsucht" und „Atrophie" wünschenswerth gewesen wäre.

Die Darstellung des durch Marshall Hall bekannt gewordenen Hydrencephaloids schliesst sich nun an. Da über diese Krankheit bereits so viel geschrieben ist, und unser Verf. dem bereits Bekannten nichts Neues hinzufügt, so wird man uns erlauben, schnell darüber hinwegzugehen. Wenn sich die Krankheit nach lange dauernden Durchfällen erzeugt, so verordnet der Verf. als *Mixtura obstipans*:

℞ *Mixtur. gumm.* ℥ij,
Extract. Cascarillae gr. vj [1]).

Bei schnell eintretender Erschöpfung giebt er die *Mixtura nervina*:

℞ *Mixtur. oleos.* ℥ij,
Aq. Valerian. ʒij,
Liq. Corn. Cerv. succin. gutt x.

In der Rekonvaleszenz nach erschöpfenden Durchfällen empfiehlt der Verf. die *Flor. Salis ammoniac martial.*, und insbesondere die Milch einer gesunden Amme.

Das nächste Kapitel beschäftigt sich mit dem *Hydrocephalus chronicus* und den Hydatiden des Gehirns. Auch hier wollen wir hauptsächlich die dem Verf. eigenen Beobachtungen hervorheben, da die Litteratur dieser Krankheit bereits ausserordentlich reichhaltig ist. Der Verf. bemerkt, dass der angeborne Wasserkopf sich nicht immer gleich nach der Geburt kund gebe, vielmehr Jahre lang latent bleiben könne, wenn die Menge des Serums gering sei. Solche Kinder, die bisher zu den schönsten Hoffnungen berechtigten, werden

[1]) Diese *Mixtur gumosa* zeichnet sich durch Wohlfeilheit, bessern Geschmack und längere Haltbarkeit vor dem *Decoctum Althaeae* aus; sie besteht aus ʒß *Pulv. gumm. arab.* in ℥ij Wasser aufgelöst, mit ʒß *Saccharum.*

aber dann plötzlich von epileptischen Konvulsionen befallen, und Stumpfsinn tritt nun an die Stelle der bewunderten Verstandeskräfte.

Sein früher gegebenes Versprechen haltend, kommt der Verf. hier noch einmal auf die Unterscheidung der Hirnwucherung von der chronischen Kopfwassersucht zurück. Er macht darauf aufmerksam, dass bei der Hypertrophie Anfangs der hintere Theil des Schädels hervorgetrieben sei, und erst später die Stirne mehr hervortrete, während beim Hydrocephalus die Stirn zuerst stärker gewölbt, das Auge in die Orbita zurückgezogen sei. Auch werden die Fontanellen und Näthe in jener Krankheit nie in dem Grade erweitert, wie im Hydrocephalus. Ferner will der Verf. beobachtet haben, dass Kinder, die an Hypertrophie des Gehirns leiden, den Kopf rückwärts werfen oder horizontal liegen, während sie im *Hydrocephalus chronicus* auf dem Bauche liegen, das Gesicht ins Kissen einbohren, und den Kopf niedriger als den übrigen Körper lagern. Der chronische Wasserkopf bedingt in der Regel eine zurückbleibende Entwickelung des Körpers, die Hirnwucherung dagegen führt Fettsucht und selbst Leukophlegmasie herbei. Endlich giebt sich die Kopfwassersucht in ihren ersten Stadien vorzugsweise durch Konvulsionen, Sopor und Schlaflosigkeit kund; asthmatische Beschwerden dagegen, welche gewöhnlich als erste Erscheinung der Hypertrophie des Gehirns betrachtet werden, treten im Hydrocephalus meist nur in den späteren Perioden auf.

In Betreff der Therapie stimmt der Verf. der Ansicht von Goelis bei, dass der Wasserkopf nur dann heilbar sei, wenn die seröse Ansammlung nicht zu reichlich und der Körper übrigens gesund ist, besonders aber wenn keine Komplikation mit einem energischen Hirnleiden vorhanden ist. Dass dies aber leider nur zu oft der Fall ist, dass namentlich Hirnatrophie durch den Druck der angesammelten Flüssigkeit herbeigeführt werde, wurde bereits oben erwähnt. Die Behandlung muss sich ganz nach der Kausalindikation richten, und deshalb lässt sich auch kein für alle Fälle passendes Verfahren angeben. Bei dieser Gelegenheit macht der Verf. einige Bemerkungen über die Aetiologie der Krankheit, und führt als häufige Ursache auch die Verbreitung nahe gelegener Krankheitsprozesse auf das Gehirn auf, wohin insbesondere skrofulöse Ohren- und Augenleiden und skrophulöse Nasenflüsse gehören. Dasselbe gilt von der plötzlichen Unterdrükkung stark absondernder Kopfausschläge, namentlich des *Achor capitis* und der *Impetigo larvalis.* Die 79ste Krankengeschichte betrifft einen solchen Fall, den der Verf. unter der Ueberschrift „chro-

nischer Wasserkopf als Tuberkel-Metastase" mittheilt. Die gute Wirkung des in den Nacken gelegten Haarseil war hier augenscheinlich, und das Kind genas nach dem Wiederausbruche des Kopfausschlags vollkommen; allein der Verf. möge uns verzeihen, wenn wir nach den angeführten Symptomen in diesem Fall eher eine chronische Meningitis, vielleicht tuberkulöser Natur, vermuthen, als einen wahren chronischen Hydrocephalus. Fälle dieser Krankheit, die mit Mesenterialskropheln in Verbindung stehen, behandelt der Verf. mit dem *Ol. Jecoris*, und lässst dabei Abends den ganzen Kopf mit einer Salbe aus 2 Theilen *Unguent. aromaticum* und ½ Theil *Unguent. cinereum* einreiben und dann mit einer Flanellhaube bedecken (bekanntlich die Methode von Goelis).

Der Verfasser schliesst nun dieses Kapitel mit einigen Bemerkungen über die Hydatiden des Gehirns. Die 81ste Krankengeschichte ist von ausserordentlichem Interesse, nicht sowohl wegen der während des Lebensb eobachteten Erscheinungen, als wegen der Sektionsresultate. Es fand sich nämlich bei einem 8jährigen Mädchen in der linken Hirnhemisphäre eine weisse runde Acephalokyste von der Grösse eines Gänseeies, die gegen 4 Unzen helles Serum enthielt und ganz isolirt in der Marksubstanz lag. Gleichzeitig waren in der Leber mehrere Hydatiden vorhanden, die aber bereits eine grössere Entwickelung als die im Gehirne befindlichen erreicht hatten. Obwohl dieser Krankheitsfall in anatomischer Beziehung lebhaft an die durch den *Coenurus cerebralis* veranlasste Krankheit der Wiederkäuer erinnert, zumal auch hier das linke Seitenwandbein durch die hervorragende Hydatide ganz verdüunt worden war, so lassen sich doch die während des Lebens beobachteten Symptome nicht mit der Drehkrankheit vergleichen. Der Verf. bemerkt nur, dass man früher eine Chorea vor sich zu haben glaubte, weil das Kind anfing, beim Gehen zu schwanken und sich zu drehen, und dass auch kurz vor dem Tode die obern Extremitäten und die rechte untere in fortwährenden Drehbewegungen begriffen waren.

Der Verf. geht nun zur Betrachtung einer der wichtigsten Hirnaffektionen im kindlichen Alter, der Tuberkulose des Gehirns über. Er unterscheidet eine *Tuberculosis acuta erethica* und eine *Tuberculosis chronica, latens, torpida.* Erstere bildet sich gewöhnlich in der Piamater, letztere in der Hirnsubstanz selbst und stellt dann die sogenannte Tuberkelinfiltration dar. Uebrigens kompliziren sich beide Formen nicht selten mit einander, denn unter 32 Fällen von Hirntuberkulose fand der Verf.

Tuberkel des Gehirns und der Häute	20	mal
„ „ allein . . .	2	mal
„ der Hirnhäute allein . .	10	mal
	32.	

Sehr schön spricht sich der Verf. über die Beziehung der Tuberkulosis zur Skrophelkrankheit aus, und kommt zu dem Schlusse, dass das Produkt beider Dyskrasieen im Gehirn dem Praktiker und dem pathologischen Anatomen für vollkommen identisch gelten können. Die Komplikation der Hirntuberkeln mit denen anderer Organe ist bekannt. Der Verf. fand in jenen 32 Fällen:

Tuberkulose der Lungen . .	30	mal
„ der Bronchialdrüsen	23	mal
„ der Milz . . .	28	mal
„ des Magens . .	3	mal
„ der Gekrösdrüsen u. Gedärme	18	mal
„ der Leber . . .	4	mal.

Nun folgt eine Beschreibung der Tuberkeln, die sich auf der freien Fläche der Piamater entwickeln; sie kommen gewöhnlich als sogenannte Miliartuberkeln, aber auch in knolliger, traubenartiger Gestalt vor. Dies ist besonders auf den Meningen des kleinen Gehirns der Fall. Eine vollkommene Cystenbildung ist bei Hirntuberkeln selten, kam jedoch in einem Falle vor, wo der Verf. zwischen Duramater und der rechten untern Hinterhauptsgrube eine wallnussgrosse, käsige, im Zerfliessen begriffene Tuberkelmasse von einer fibrösen Hülle umgeben fand, die mit einer Exsudatschicht an die hier sehr gefässreiche Duramater angeklebt war. Die Tuberkulose der Hirnsubstanz selbst, die entweder sekundär in Folge eines ähnlichen Prozesses in den Meningen, oder primär sich bilden kann, hat häufig eine akute oder chronische Ausschwitzung von Serum in die Hirnhöhlen zur Folge. Auch Erweichung der Hirnmasse kommt nicht selten in Verbindung mit Hirntuberkeln vor.

Die Symptome der akuten Hirnhauttuberkulose, d. h. der sogenannten *Meningitis tuberculosa*, sind durch die Untersuchungen neuerer Zeit so bekannt geworden, dass wir uns hier mit der Aufzählung derselben nicht aufhalten wollen. Dasselbe gilt von der Entwickelung der Tuberkelen in der Hirnsubstanz selbst. Nach den Beobachtungen des Verf. zeigte sich die Hirntuberkulose am häufigsten

zwischen dem 2ten und 3ten Lebensjahre; das Geschlecht schien auf die Entwickelung des Leidens keinen Einfluss auszuüben, da sich unter 32 Sterbefällen 17 Knaben und 15 Mädchen befanden.

In Bezug auf die Behandlung warnt der Verf. vor zu stürmischem Eingreifen, namentlich vor zu ausgedehnter Antiphlogose. Er empfiehlt Einreibungen mit der Pockensalbe, den Gebrauch des Jods und des Leberthrans. Bei tuberkuloser Meningitis, wenn die Kinder schnell abmagern, und typische Fieberanfälle sich einstellen, verbindet er mit einer gelinden Antiphlogose die Anwendung des Kalomels und Chinins stündlich zu $\frac{1}{8}$ Gran. Um ferner den raschen Kollapsus in den Gedärmen aufzuhalten, und das Kind gleichzeitig zu nähren, lässt er täglich 2 bis 3 Molkenklystiere setzen, und will davon guten Erfolg gesehen haben.

Zehn trefflich ausgewählte Krankengeschichten mit Sektionsbefund veranschaulichen das Bild der Hirntuberkulose, welches der Verf. zu entwerfen bemüht war; auch dürfen wir die mit vielem Fleiss und Geschick ausgeführten Kupfertafeln, welche die verschiedenen Formen der Tuberkeln darstellen, nicht unerwähnt lassen.

Die Erweichung des Gehirns (*Malacosis cerebri*), welche der Gegenstand des folgenden Abschnittes ist, entsteht bei Kindern durch Hyperämie, seröse Infiltration, Atrophie, und Druck von Afterprodukten. Nach einigen vorausgeschickten allgemeinen Betrachtungen über Malakose überhaupt, stellt der Verf. den Satz auf, dass Depotenzirung der Blut- und Säftemasse, und nicht Entzündung, zunächst die Hauptursache zu diesem Ausgangspunkte verschiedener Leiden darstelle. Dies ist gewiss ganz richtig; allein das nun Folgende hätten wir, der Verf. möge es uns verzeihen, etwas deutlicher ausgedrückt gewünscht. Er sagt nämlich: „Denn, wenn das arterielle Blut mehr venös, das venöse mehr lymphatisch, und die Lymphe mehr serös wird, dann erwacht die Heilkraft der Natur zur Veredlung oder Ausstossung dieser depotenzirten Säfte.“ Wir müssen frei bekennen, dass wir nicht im Stande waren, den Sinn dieses Satzes zu erfassen.

Kehren wir nun auf das Feld der reinen Beobachtung zurück, so finden wir, dass bei Kindern die mittleren Markgebilde des Gehirns, der Fornix, das Septum, und die Wände der Seitenventrikel am häufigsten der Malakose unterliegen. Die Erweichung der grauen Substanz und Malakie des kleinen Gehirns kommt im Ganzen bei Kindern selten vor. Wasserbildung ist sehr häufig damit komplizirt, und es lässt sich nicht immer mit Gewissheit sagen, welcher der beiden Prozesse

der primäre, welcher der sekundäre sei. Auch im Umkreise von Tuberkeln findet sich die Hirnsubstanz zuweilen erweicht.

Wir verweisen unsere Leser auf die lehrreichen Krankengeschichten, welche der Verf. ausführlich mittheilt, und erwähnen nur noch der Worte, mit welchen er dies Kapitel schliesst: „Wir sind zu der Ueberzeugung gelangt, dass die Hirnerweichung immer nur Wirkung und Folge anderer Leiden, und daher nichts in sich selbst Geschlossenes, d. i. keine selbsständige Krankheit, ist." Hieraus ergiebt sich schon die Unmöglichkeit, ein allgemeines Heilverfahren aufzustellen; vielmehr muss dies den jedesmaligen Umständen, namentlich dem fundamentalen Krankheitsprozesse angepasst werden.

Die Ueberschrift „Konvulsionen", welche das letzte Kapitel dieses Abschnittes einleitet, hat in einem in jetziger Zeit geschriebenen Werke über Kinderkrankheiten etwas Auffallendes. Wie häufig die Krämpfe nur das Symptom anderer Leiden, sei es nun der Zentralgebilde des Nervensystems oder anderer Organe sind, ist bekannt; der Verf. setzt sich daher der Unannehmlichkeit zahlreicher Wiederholungen aus, und auf den ersten Blick macht das Ganze einen ähnlichen Eindruck, als wenn man in jetziger Zeit eine Abhandlung unter dem Titel „Ueber die Kolik" oder unter einer ähnlichen generellen Bezeichnung geschrieben fände. Dennoch können wir dem Verf. aus dieser Anordnung keinen Vorwurf machen; denn es erzielt dadurch einen grossen Vortheil, die Zusammenstellung der verschiedenen Krampfformen, wodurch eine leichtere und praktisch nützlichere Darstellung möglich wird. Wir übergehen die vorausgeschickten allgemeinen Beobachtungen, auch diejenigen, in welchen der Verf. die Genesis des Fiebers zu erläutern sucht, und wenden uns sogleich zu den Seite 306 beschriebenen sogenannten „stillen Fraisen" (Schäuerchen), eine bei Neugebornen und Säuglingen häufig vorkommende Krampform. Der Verf. betrachtet dieselben nicht als Hirnneurose, da sie, seiner Ansicht nach, von Gangliensysteme ausgehen, und nur durch Reflex in die sensitiv-motorischen Nervensphären gelangen. Dass ein von sensiblen Nerven, seien es nun Gangliennerven oder cerebrospinale, empfangener Eindruck auf motorische Nervenbahnen reflektirt werden könne, ist durch Müllers und Marshall Hall's glänzende Entdeckungen längst erwiesen worden: wie aber etwas durch Reflex in die sensitiv-motorischen Nervensphären gelangt, vermögen wir nicht zu begreifen. Abgesehen davon, sind die Symptome dieser Krankheit (grösstentheils nach Armstrongs Vorgang) hübsch zusammengestellt. Da Dyspe-

sie die gewöhnliche Ursache ist, so wird Rheum, ***Magnesia carbonica*** und bei höherem Grade ein Emetikum empfohlen.

Auch macht der Verf. darauf aufmeksam, dass nicht selten Gemüthsaffekte bei Kindern Ursache der Konvulsionen werden. Er sah z. B. reizbare Kinder über die Entziehung der ihnen vor Augen gelassenen Mutterbrust, über den Verlust eines ihrer Geschwister traurig, unruhig werden und in Krämpfe verfallen.

Endlich kann, wie die Hyperämie, auch die Anämie des Gehirns Konvulsionen bedingen, woran sich die Entwöhnung und jede plötzliche Veränderung der Nahrung schliesst, indem die fehlerhafte Blutmischung zu krankhafter Thätigkeit der Nerven Anlass giebt.

Was die Behandlung betrifft, so bemerkt der Verf. mit Recht, dass bei der Heftigkeit der Krankheit und der grossen Menge von Ursachen, die derselben zu Grunde liegen können, es oft nur ein Spiel des Zufalles ist, wenn der Arzt im ersten Augenblicke des Handelns gleich den richtigen Weg einschlägt. Im Allgemeinen bedenke man, dass entzündliche Affektionen des Gehirns und der Brustorgane den Konvulsionen sehr häufig zu Grunde liegen. Man muss aber auch den Genuss giftiger Stoffe und gastrische Störungen überhaupt berücksichtigen, welche jedenfalls die Anwendung eines Brechmittels erfordern. Bei entzündlichen Konvulsionen empfiehlt der Verf. als das mächtigste Mittel kalte Begiessung des Kopfes: „Ich kenne aus eigener Erfahrung", sagt er, kein Mittel, welches so schnell und wunderbar beruhigend einwirkt als dieses." Unter den übrigen empfohlenen Mitteln heben wir das ***Arg. nitricum*** zu $\frac{1}{4}$ bis $\frac{1}{3}$ Gr. auf 24 Stunden, in 2 Unzen ***Aq. dest.*** hervor, welches der Verf. bei Komplikation mit Darmkrämpfen und bei drohender Darmlähmung wirksam fand. Wenn hartnäckiges Erbrechen gleichzeitig besteht, so giebt er das ***Bismuth. nitric.*** zu $\frac{1}{3}$ Gr. 3stündlich mit oder ohne ***Extr. Hyoscyami*** $\frac{1}{2}$ bis 1 Gr. Aeusserlich sind laue Bäder mlt Senf oder Essig, warme Oelumschläge (besonders bei Darmkrämpfen), Einreibungen der Pustelsalbe in den Nacken, Sinapismen und Vesikatorien anzuweuden. Der Verf. bemerkt schliesslich: „Dass auch das Binden der Extremitäten Krampfanfälle unterdrücken könne, hatte ich einigemal Gelegenheit zu beobachten."

Der zweite Abschnitt des vorliegenden Werks umfasst die Krankheiten des Rückenmarks bei Kindern.

Die Erkenntniss dieser Krankheiten ist in einem so zarten Alter ausserordentlich schwierig. Es kommt mithin besonders darauf an, diejenigen Momente aufzufinden, welche den praktischen Arzt in den

Stand setzen können, ein Leiden des Rückenmarks frühzeitig zu erkennen. Der Verf. bemerkt 1) dass Schwächegefühl und Schwäche der Bewegung eines der wichtigsten Symptome bei allen Rückenmarkskrankheiten sei, macht aber zugleich darauf aufmerksam, dass dies Symptom leicht zur Verwechselung mit beginnender Koxarthrokake Anlass geben könne. 2) Richtet der Verf. sein Augenmerk auf den Einfluss, den das Rückenmark auf die Hämatose und Vegetation ausübt. Vieles, was er hier anführt, ist unbestreitbar richtig; allein, dass er fast alle Leiden des kindlichen Alters mit dem Rückenmarke in Beziehung bringt (s. Seite 388), hat uns nicht zusagen wollen. 3) Da die Krankheiten des Rückenmarks auch bei Kindern sehr oft intermittirend sind, so giebt er den Rath, bei jeder Krankheit mit typischer Form jenes Organ genau zu untersuchen. Uebrigens verkennt der Verf. die Schwierigkeit, bei Kindern, namentlich bei sehr sensibeln, die Wirbelsäule zu untersuchen, keineswegs. Er giebt den Rath, das Kind auf ein festes Polster auf den Bauch zu legen, die Händchen nach oben, und die Füsse gerade ausgestreckt, und mit dem Mittelfinger mässig auf die Dornfortsätze zu drücken, während man mit dem Zeige- und Ringfinger die Bögen der Bückenwirbel drückt.

Für die Behandlung ist Ruhe die Grundbedingung, ohne welche kein Erfolg zu erwarten ist, und zwar Ruhe in horizontaler Lage. Das diätetische und therapeutische Verfahren muss Anfangs immer antiphlogistischer Art sein, da Kongestion und Reizung fast allen derartigen Leiden zu Grunde liegt. Vor Allem untersage man den Genuss des Kaffees, mit dem so viel Missbrauch getrieben wird. Das Kind darf ferner nicht auf Federbetten liegen, wegen der Hitze, die hierdurch auf der hintern Oberfläche des Körpers erzeugt wird, wodurch Schweiss entsteht, und wenn das Kind aus dem Bette genommen wird, durch Unterdrückung dieser Sekretion um so leichter Erkältung herbeigeführt wird. „Das therapeutische Verfahren“, fährt der Verf. fort, „besteht in topischen Blutentleerungen und in flüchtigen und fixen Hautreizen, Fontanelle jedoch ausgenommen, die ich bei Kindern auf dem Rükken nicht anrathen kann, da sie die so nöthige Ruhe stören und zu tief einwirken.“ Der Verf. möge es uns nicht übel deuten, wenn wir ihm hier widersprechen. Mehrere Fälle haben uns belehrt, dass die Fontanelle in Krankheiten dieser Art eins der kräftigsten und wirksamsten Mittel ist; namentlich hat sie in einem Falle von Spondylarthrokake, wo schon Paraplegie eingetreten war, fast Wunder gethan, die Lähmung vollständig beseitigt, und der 12jährige Knabe ist mit Ausnahme

einer Kyphosis ganz hergestellt. Wir zweifeln fast, ob die vom Verf. empfohlenen Einreibungen der Brechweinsteinsalbe denselben Erfolg haben würden, und das Haarseil, das er auch anempfiehlt, hat doch am End dieselben Unbequemlichkeiten wie die Fontanelle.

Die Spinalkongestion (*Congestio s. Irritatio spinalis*) eröffnet die Reihe dieser Krankheiten. Der Verf. giebt schon durch den Titel die Ansicht zu erkennen, die er von dieser in neuerer Zeit fast berüchtigt gewordenen Spinalirritation hegt; er bezeichnet sie als einen Kongestionszustand. Die Symptome dieses Leiden sind natürlich verschieden, je nachdem die Kongestion in diesem oder jenem Theile des Rückenmarks statt findet. Der Verf. bemerkt, dass er Krämpfe der Stimmritze, wobei die Kinder mit einem hellen, pfeifenden Tone zu schreien anfangen, und sich dann verkeuchen, durch Einreibung der Pustelsalbe im Nacken nicht selten geheilt habe. Die dann folgenden Krankengeschichten geben wieder einen Belag dafür, wie leicht in unserer Zeit die Annahme einer Spinalreizung hingestellt wird, da bei mehreren derselben entschieden nur ein Leiden der Wirbel vorhanden war. So sehen wir z. B. in der 109ten Krankengeschichte gar keinen Grund für die Annahme einer Spinalreizung; denn die stattfindenden heftigen Schmerzen konnten ebensowohl durch die ausgesprochene Krankheit des fünften Brustwirbels bedingt sein.

Das folgende Kapitel über Spinalapoplexie leidet wieder an demselben Fehler, wie das über Hirnapoplexie; es werden mehrere verschiedene Krankheitszustände so untereinander geworfen, dass das Krankheitsbild nirgends zur klaren Anschauung kömmt. Ausserdem aber finden wir auch einige Behauptungen ausgesprochen, die dem jetzigen Stande der Nervenpathologie durchaus nicht mehr entsprechen. Wir wollen nur ein Beispiel anführen. Der Verf. sagt S. 404: „Das Rückenmark ist, wie bekannt, die einzige Quelle des Tonus und der Reizbarkeit der Muskeln, und es unterscheidet sich die reine Spinalparalyse von jener, welche durch aufgehobenen Hirneinfluss entstanden ist, dadurch, dass hier die Irritabilität noch vorhanden, während sie bei der Rückenmarkslähmung erloschen ist. Erstens erkennt man daraus, dass die gelähmten Theile bei plötzlichem Geräusche, bei Berührung eines kalten Körpers, und durch galvanische und andere reizende Einflüsse zucken, dass in ihnen Assoziationsbewegungen geschehen u. s. w., was Alles bei einer Spinalparalyse fehlt." Mit dem Ausdruck „Irritabilität" hat der Verf. ohne Zweifel die Reflexfunktion gemeint, und diese soll bei einer Spnialparalyse fehlen! Wir wollen

hier nicht auf die schönen von Budd mitgetheilten Fälle verweisen, sondern jeder Kranke mit einem Wirbelbruch, gewiss die reinsten Spinalparalyse, die man sich denken kann, kann dem Verf. von der Unrichtigkeit seiner Behauptung den Beweis liefern. Er braucht nur die Fusssohle eines solchen Kranken zu kitzeln, um eine Zuckung in den gelähmten Gliede sogleich hervorzurufen.

Die Entzündung des Rückenmarks kommt bei Kindern keineswegs selten vor, denn unter 15,836 Kindern will der Verf. 100 Fälle von *Myelo-meningitis* beobachtet haben. Nach Beschreibung der Symptome macht der Verf. auf die Möglichkeit der Verwechslung mit andern Krankheitszuständen aufmerksam: so könne *Myelitis cervicalis* mit Tortikollis, *M. dorsalis* mit *Pleuritis dorsalis*, *M. lumbalis* mit Psoitis verwechselt werden. Der Ausgang dieser Entzündung ist entweder seröse Ausschwitzung, oder, wenn die Marksubstanz selbst entzündet war, Erweichung oder Erhärtung, Zustände, die übrigens auch ohne vorangegangene Entzündung sich entwickeln können. Die 117te Krankengeschichte ist von ausserordentlichem Interesse, indem sie ein Beispiel einer vollkommenen Erweichung des Rückenmarks in seiner ganzen Ausdehnung giebt. Der darauf folgende Fall verdient als Gegenstück nicht mindere Aufmerksamkeit, indem er eine durch chronische Myelitis entstandene Erhärtung des Rückenmarks betrifft.

Den Schluss des ganzen Werks bildet nun die Betrachtung der Spinalkrämpfe, die dem Verf. zufolge entweder tonisch als Tetanus, oder klonisch als Ballismus auftreten. Der Verf. unterscheidet ganz richtig, dass bei den cerebralen Konvulsionen das Bewusstsein erlischt, während es bei den spinalen ungestört fortbestehen kann. Dann fährt er fort: „Die stürmischen Aeusserungen des Cerebralsystems sind am häufigsten mit Zahnevolution, jene des Rückenmarks mit der Pubertät in Beziehung.“ Auch diese Behauptung wird gewiss Niemand antasten wollen; allein das nun Folgende, wir müssen es frei bekennen, ist uns ganz unverständlich geblieben. Der Verf. sagt nämlich: „Und so wie nach neueren Beobachtungen Epilepsie mehr dem Marke und Manie der Rindensubstanz anzugehören scheint, so zeigen sich auch die von dem markreichen Spinalsysteme ausgehenden Krämpfe vorwaltend nervöser, während jener des Gehirns mehr vasculärer Natur sind.“ Wir müssen es dem Scharfsinne des geneigten Lesers überlassen, den Sinn dieses Satzes zu ergründen.

Zu bedauern ist es, dass der Verf. nicht Gelegenheit hatte, in

einem Spitale den *Trismus neonatorum* häufiger zu beobachten. Neugeborene werden aber nur sehr selten in das Krankenhaus aufgenommen, und so war er nicht im Stande, Dr. Schöllers Beobachtungen über Entzündung der Nabelarterien in jener Krankheit zu bestätigen.

Die ganze Abhandlung über Spinalkrämpfe ist sehr kursorisch geschrieben, so dass sie in der That mehr Andeutungen als wirkliche Darstellungen enthält. Am ausführlichsten spricht sich noch der Verf. über die *Chorea St. Viti* aus. Er erkennt sehr wohl den Unterschied dieser Krankheit von wirklichen Zuckungen, indem er sie als „unfreiwillige Bewegungen“ bezeichnet, die durch das Gepräge ihrer Gesetzlosigkeit dem Zuschauer bald grauenhaft, bald lächerlich erscheinen. Mädchen sind dieser Krankheit häufiger unterworfen, als Knaben. Zuweilen scheint sie in Lokalverhältnissen zu wurzeln; so bemerkt der Verf., dass in dem kleinen Städtchen Mödling bei Wien der Veitstanz unter den Einwohnern verhältnissmässig häufiger vorkommt, als in andern eben so bevölkerten Ortschaften der Umgegend.

Interessant ist ein vom Verf. mitgetheilter Fall des sogenannten grossen Veitstanzes. Ein 9jähriger, lebhafter Knabe, der bei Tage ganz wohl war, begann immer um Mitternacht herumzukriechen, zu klettern, versteckte sich, weinte, lachte, machte Purzelbäume und andere tolle Sprünge, ohne beim Erwachen etwas von dem zu wissen, was er in der Nacht getrieben. Dieser Zustand hörte nach einigen Wochen von selbst auf. Uebrigens lässt sich derselbe gar nicht in eine Kategorie mit der Chorea bringen; denn der Umstand, dass der Knabe sich der nächtlichen Vorgänge nicht bewusst war, deutet schon darauf hin, dass die Ursache hier nicht im Rückenmarke, sondern im Gehirn lag.

Die 121ste Krankengeschichte enthält einen Fall von ***Paralysis agitans***, wie der Verf. sich ausdrückt. Er sagt: „Diese Krankheit besteht in unfreiwilligen, zitternden Bewegungen mehrerer Theile, namentlich solcher, die man ruhen lassen will.“ Allein mit diesen Worten giebt er nur das Bild des gewöhnlichen Tremor; zur *Paralysis agitans*, wie sie Parkinson zuerst beschrieben, fehlt noch das wichtigste Moment, die Verbindung des Tremor mit dem aufgehobenen Gleichgewicht des Körpers, wodurch solche Kranke immer die Neigung haben, nach vorn oder hinten über zu fallen. Auch ist diese eigentliche *Paralysis agitans* unsers Wissens noch niemals bei Kindern beobachtet worden.

Meningitis mesencephalica damit verglichen und eine m
Uebereinstimmung angetroffen. Vielen, meint H., würde
unnütz erscheinen, die Affektion des einen oder anderen
Gehirnhäute isolirt zu betrachten; aber Nichts ist gleichgül
Wissenschaft, die durch die Feststellung einer so genaue
als möglich, eine grössere Vollkommenheit erlangen will
Behandlung unterscheidet sich nicht nur von der der ge
Meningitis, sondern auch die Symptome sind abweichend.
die Krankheit eben so gefährlich ist, als die *Meningitis*
so tritt sie doch mit nicht so bedrohlichen Symptomen auf
lässt man oft den günstigen Augenblick für die Anwendung
mitteln vorübergehen. Der Verf. hat seine Bemerkungen a
nen Beobachtungen gezogen. Die pathologische Anatomie
desmal eine starke Röthe des *Pons Varolii* und der *Me*
longata, Injektion und Entzündung der Arachnoidea und
am häufigsten war die *Medulla oblongata* ergriffen; im
breitet sich aber das Leiden mehr oder weniger über das g
Gehirn aus, und daher zeigt sich auch in diesem eine sta
stion. Als Produkte der Entzündung fand H.:

1) Wasser, zwischen Arachnoidea und Piamater erg
grösserer oder geringerer Quantität.

2) Eiter in einigen Fällen.

materielle Basis der Geistesthätigkeit einer stärkeren Ernährung zur kräftigen Entwickelung bedarf; die *Meningitis centralis* scheint sich um die Zeit, wo der Körper sich mehr ausbildet, wo die plastischen Säfte eine ähnliche Zunahme für das Wachsthum der Organe des animalischen Lebens erfahren, zu entwickeln; so wie nun die *Febris hydrocephalica* als eine Krankheit der Entwickelungsperiode des geistigen Lebens angesehen werden kann, so kann man die *Meningitis centralis* als eine solche des animalen betrachten. Durch solche inhaltlose Bemerkungen, die sich denen der süddeutschen Schule nähern, sezt der Verf. seine sonst manches Gute enthaltende Abhandlung in den Augen rein wissenschaftlicher Aerzte herab.

Die okkasionellen Ursachen theilt er in 2 Klassen ein, in allgemeine, wie Unterdrückung der Hautthätigkeit, mechanische Verlezzungen und in solche, die gewissermaassen als spezifische (?) die Krankheit erzeugen, wie Keuchhusten, Scharlach, gastrisches Fieber. Hiernach soll man eine idiopathische und sympathische Form unterscheiden.

Der Verf. nimmt fälschlich 4 Stadien der Krankheit an, das der Kongestion, der Entzündung; Exsudation und der Lähmung, denn erstens ist es bekannt, dass gleich im Beginn der Entzündung seröser Häute Ausschwitzung stattfindet, mithin das *Stad. exsudationis* wegfällt, und zweitens geht das Stadium der Kongestion so unmerklich in das der eigentlichen Entzündung über, dass man keine Trennung feststellen kann; es können daher nur zwei Stadien anerkannt werden, das der Reizung und das der Lähmung in Folge der Zunahme des Exsudats.

Die Symptome der Kongestion sind sehr unbestimmt und wenig charakteristisch, und beschränken sich auf Verdrüsslichkeit des Kindes, fortwährende Schlummersucht, aus der das Kind häufig aufschreckt, Hitze des Kopfes, beschleunigten Puls, die aber jede akute Krankheit im kindlichen Alter begleiten. Erst im entzündlichen Stadium treten Symptome auf, die auf ein Hirnleiden hindeuten: Schlaflosigkeit, oder Schlafsucht, aus welcher die Kinder von Zeit zu Zeit mit Zeichen von Angst und Unruhe erwachen; gewöhnlich stellt sich wiederholtes Erbrechen ein oder starke Uebelkeit, während die Stuhlausleerungen normal bleiben. Die Respiration ist beschleunigt, steht nicht im Verhältniss zum Pulse. Diese Symptome sprechen aber noch nicht für eine *Meningitis centralis,* auf die nur aus drei Symptomen, die nie fehlen und pathognomonisch sind, mit Sicherheit geschlos-

Fülle, wird langsamer, aber nicht aussetzend oder unregelm
man glauben sollte. Die bis dahin beobachtete Hitze ge
vollkommene Kälte über, nur das Hinterhaut bleibt heiss;
wärtsbiegung des Kopfes nimmt immer mehr zu; hingegen
Konvulsionen auf, und statt der Aufregung, des Hin- und H
tritt eine tiefe Somnolenz ein, die in Koma übergeht. Der
des Gesichts zeigt ein tiefes Leiden an; nichtsdestoweniger
Glanz der Augen und das Bewusstsein ungestört. Das Erbre
fortdauern oder aufhören, Stuhlgang und Urinsekretion bi
grosse Veränderungen dar. Dieses Stadium charakterisirt
falls durch zwei eigenthümliche Symptome: 1) schwierig
gung der Zunge, so dass das Sprechen erschwert ist,
der beginnenden Lähmung des die Zunge bewegenden *N. hy*
abzuhängen scheint, die später in eine vollkommene übergeht
mehr oder weniger bedeutende Taubheit, die nie
sobald das Exsudat bedeutend ist.

Hierzu gesellen sich noch besondere Nervenaffektione
Krankheit eine spezielle Beschaffenheit zuentheilen. Es tri
von Zeit zu Zeit ein Aufhören, eine vollkommene Unterbr
Nerventhätigkeit, bald in den Gehirn, bald in den Rücke
nerven, bisweilen im ganzen Organismus ein. Nun wird d
tion plötzlich einige Minuten lang suspendirt, oder es stel
einem Male tiefe Ohnmacht ein, oder der Kranke wird von

und frequente Puls wird voller, ruhiger, gleichmässiger, die Respiration wird normal, das Sprechvermögen tritt wieder ein.

Steigert sich hingegen die Menge des Exsudats, so geht das Bewusstsein vollkommen zu Grunde, alle animalische Funktionen hören auf und der Tod erfolgt gewöhnlich unter heftigen Konvulsionen.

Das Bild der Krankheit ändert sich, wenn dieselbe mit *Meningitis cerebralis* und Eucephalitis komplizirt ist; dann ist die Diagnose sehr schwer.

Die Prognose kann natürlich nie günstig gestellt werden, da die *Medulla oblongata* ein höchst wichtiger und zum Leben unumgänglich nothwendiger Theil des Gehirns ist.

In der Behandlung macht der Verf. auf die gewöhnlich anzuwendenden Mittel aufmerksam: Blutentziehung, kalte Umschläge, warme Bäder bei grosser Aufregung, Vesikatorien im Nacken; innerlich Kalomel. In dem Exsudationss-Stadium will er von drei Mitteln besonderen Nuzzen gesehen haben: 1) von dem fortgesetzten Gebrauoh des Kalomels 2) von dem *Ammonium carbonicum pyrolignosum* in Pulver zu gr. ij — iij, zweistündlich, allmälig steigend bis zu gr. v — vij. Das Mittel soll auf wahrhaft spezifische Weise die Resorption des Exsudats befördern; doch muss es, bis vollständige Wirkung eingetreten, fortgebraucht werden, und ebenso wie man mit der Dosis gestiegen ist, muss man allmälig dieselbe vermindern. 3) Ableitende Mittel, so nahe dem Sitze der Krankheit als möglich, wie lange unterhaltene Vesikatorien, *Empl. ammoniacale,* selbst *Cauterium actuale.*

Die Diät sei nahrhaft, kräftig; das Rückenmark muss gereizt werden durch spirituöse Waschungen des ganzen Körpers, durch Darreichung eines alten starken Weines.

Der Verf. geht nun zu den besonderen Formen, die er beobachtet, über. Alle Fälle theilt er in zwei Klassen, in primitiven nnd sekundäre.

1. *Meningitis centralis primitiva* nennt H. diejenige, welche sich primär, ohne von einer vorhandenen Affektion abhängig zu sein, gebildet hat; seiner Erfahrung nach scheint sie nicht so häufig als die sekundäre Form zu sein. Sie entstand nur in Folge unterdrückter Hautthätigkeit. Die Diagnose wird erschwert im Beginn der Krankheit, weil zu gleicher Zeit die Schleimhäute angegriffen sind und dem Schnupfen und Husten das unbedeutende Fieber zugeschrieben wird. Eine Erscheinung muss aber in diesem Stadium Verdacht erregen, nämlich eine bedeutende Hitze des Hinterhaupts;

erst nach einigen Tagen tritt die eigentliche Rückwärtsbiegung des Kopfes ein, die konvulsivischen Zuckungen sind nicht so konstant und um so undeutlicher, je älter das Kind ist. Die Respiration ist sehr beschleunigt, was zu der Annahme einer idiopathischen Affektion der Lunge oder Pleura verleiten könnte; doch giebt eine genauere Untersuchung bald darüber Aufschluss. Je mehr nun das Exsudat zunimmt, um so deutlicher spricht sich das Koma aus, so dass die Kranken nur mit Mühe erweckt werden können; die Zunge wird unbeweglich, die Sprache nimmt ganz ab, Puls und Respiration werden langsam, allgemeine Abspannung tritt ein; nach und nach nimmt der Opisthotonus immer mehr zu, Urin und Koth gehen unwillkürlich ab und der vollständige Verlust aller vitalen Kräfte führt zum Tode.

Da eine zur Zeit richtig gestellte Diagnose von der höchsten Wichtigkeit ist, so stellt der Verf. die Erscheinungen, die die Krankheit von andern, ähnliche Symptome darbietenden unterscheidet, zusammen, diese sind Pleuropneumonie und *Hydrocephalus acutus*.

Nur im Beginn kann die Mesencephalitis mit der ersteren Krankheit verwechselt werden, später bietet sie zu deutliche Unterscheidungsmerkmale dar, als dass eine Täuschung möglich wäre; die Respirationsbewegungen sind hier viel unregelmässiger, Husten und Dyspnoe, und alle auskultatorischen Zeichen fehlen. In der *Meningitis centralis* bleibt, meint der Verf., der Gesichtsausdruck bis zum dritten Stadium unverändert, während sich in der Pneumonie schon im Anfang eine gewisse Angst kund giebt, dann soll auch in letzterer Krankheit eine charakteristische Bewegung der Hände stattfinden.

Schwieriger, meint H., sei die Krankheit von *Hydrocephalus acutus* zu unterscheiden; doch dies kann nur im Beginn der Fall sein, während nach einiger Zeit die oben angeführten charakteristischen Symptome hinzutreten, die doch keinen Zweifel aufkommen lassen. Wie ist es möglich, so unsichere Symptome, wie stechenden Schmerz im Kopfe, gesteigerte Temperatur des ganzen Kopfes, Alteration der Gesichtszüge, Einsinken des Bauches u. s. w., als Unterscheidungsmerkmale für den Hydrocephalus aufzustellen, da es doch, wie oben angeführt, viel hervorstechendere giebt? Wie kann der Verf. bei kleinen Kindern auf die Physiognomie Rücksicht nehmen, die so sehr täuscht? Ich glaube, wir haben genügende Merkmale zur Erkenntniss der Krankheit, als dass es nothwendig wäre, sich länger hierbei aufzuhalten.

2. *Meningitis centralis secundaria.* Zu dieser ge-

hören alle Fälle, die einer andern Krankheit ihren Ursprung verdanken, diese sind Keuchhusten, Scharlach, gastrisches Fieber, die eine spezifische Tendenz zum Mesencephalus haben solleu. Das vorgerücktere Alter scheint mehr zu dieser Form zu disponiren, als die ersten Lebensjahre.

Die in Folge von Keuchhusten auftretende Meningitis kömmt nicht in allen Epidemieen vor, ohne dass man die besonderen Zustände, die darauf Einfluss haben, kennt. Gewöhnlich begünstigt aber die *Tussis convulsiva* die Entwickelung der Krankheit, und zwar, wie der Verf. meint, aus folgenden Ursachen: 1) weil die heftigen Erschütterungen beim Husten das ganze Gehirn mechanisch reizen und so zur Entstehung einer entzündlichen Affektion vorbereiten (dann müsste diese Affektion, die doch so selten hier beobachtet wird, viel häufiger vorkommen); 2) weil der *N. vagus*, der in der Pathogenie des Keuchhustens besonders betheiligt ist, gerade vom Mesencephalus entspringt. Aber der *N. vagus* ist bei jedem Husten betheiligt, denn ohne eine Reizung desselben findet kein Husten statt. Je weiter die Entzündung fortschreitet, um so mehr verliert sich der Keuchhusten.

In der Therapie sollen die Blutentleerungen hier reichlicher sein, wegen der mechanischen Erschütterungen und dynamischen Reizungen des Gehirns, doch ist ein zn sehr schwächendes Heilverfahren zu vermeiden. Die in Folge von Skarlatina auftretende Meningitis kann entweder nach dem regelmässigen Verlauf des Exanthems auftreten, oder sich in dem sogenannten Scharlach ohne Exanthem entwickeln.

Der Arzt muss auf die Rückwärtsbeugung des Kopfes achten, und sich hüten, den Grund in der Anschwellung der Maxillardrüsen zu suchen. Besonders disponiren die Formen ohne Ausschlag zu der Gehirnaffektion, weil sich, wie H. meint, dies Exanthem auf den Gehirnhäuten stark entwickelt. Sie treten nämlich mit sehr heftigem Fieber, bedeutender Pulsfrequenz, intensiven Hitze der Haut, heftiger Angina und dunkler Röthe der Zunge auf, am zweiten oder dritten Tage gesellt sich eine Anschwellung der Maxillardrüsen hinzu, die schon Verdacht erregen soll, und am fünften bis siebenten Tage, wie letztere verschwindet, zeigen sich die ersten Symptome der Meningitis; das Fieber nimmt wieder zu oder dauert in derselben Heftigkeit fortwährend es sich mindern sollte, es treten spastische Affektionen und die Rückwärtsbeugung des Kopfes hinzu; nun stellen sich auch Erbrechen, Somnolenz und alle die anderen Gefahr drohenden Symptome

ein. In einigen Fällen beobachtet man erst nun das Stadium der Desquamation mit den Zeichen von Wasseransammlung im Zellgewebe und im Unterleibe die Gehirnreizung.

Hier werden die warmen Bäder vom Verf. angepriesen und später der Kampher; doch soll man sich vor Anwendung der Merkurialien hüten.

Die Form, welche beim gastrischen Fieber vorkömmt, erfordert eine strenge Aufmerksamkeit, weil sie ziemlich häufig ist (?) und die gefährlichsten Symptome herbeiführt. Sie entwickelt sich hinterlistig und täuscht unter dem Scheine einer der Natur nach ganz abweichenden Krankheit. Der Verf. sucht die Affektion des Gehirns in diesen Fällen durch Vermittelung des *N. vagus* und der sympathischen Nerven, die mit denen vom Mesencephalon entspringenden, zahlreiche Verbindungen eingehen, zu erklären. Doch dass darin nicht der Grund zu suchen ist, haben wir schon oben besprochen. Dennoch ist eine ganz besondere Prädisposition erforderlich, weil sonst die Krankheit viel häufiger vorkommen müsste. Die vom Verf. beobachteten Kranken waren schon in einem vorgerückteren Alter. Die Krankheit trat nie mit so deutlichen Zeichen auf, wie in den anderen Fällen, und sehr oft zeigten sich plötzlich alle Symptome des Ausschwitzungsstadiums. Ein heftiges, der Intensität der primitiven Krankheit nicht entsprechendes Fieber mit abendlichen Exazerbationen muss Verdacht erwecken, während Nasenbluten ein deutliches Zeichen der Affektion sein soll. Der Verf. räth, sich nicht durch den Mangel einiger charakteristischen Symptome vom rechten Wege ableiten zu lassen; hiernach müsste man aber bei jeder Affektion, wo heftiges Fieber und Nasenbluten vorhanden ist, eine Meningitis vermuthen, wenn nicht zugleich andere Merkmale vorhanden sein sollten.

Man sieht hieraus, dass, wie es so oft geschieht, der Verf. eine Arbeit veröffentlicht hat, der nicht so viele Beobachtungen zu Grunde liegen als es erforderlich ist; denn unter den 14 ihm vorgekommenen Fällen ist nur 8mal die Obduktion gemacht worden, so dass wir nur diese mit Recht als geltend betrachten können, und da er die Krankheit in 4 Spezies eintheilt, so kämen also auf jede derselbe zwei Fälle, woraus man aber kein Resultat zu ziehen im Stande ist.

Das Gebiet der Medizin sollte nicht schöner Hypothesen wegen mit neuen Krankheiten bereichrt werden, denn es ist schwer zu erweisen, weshalb gerade bei einem gastrischen Fieber, beim Keuchhusten und beim Scharlach diese Form der Meningitis sich ausbilden soll, und

der Verf. ist auch der Erste, der sie in diesen drei Affektionen beobachtet haben will. Dennoch ist seine Arbeit nicht ganz zu verwerfen, weil sie zu weiteren Nachforschungen und in grösserer Ausdehnung Anlass geben soll.

III. Das Wissenswertheste aus den neuesten Zeitschriften und Werken.

1. Imperforation des Afters bei einem Knaben; Einmündung des Mastdarms in die Blase mit Kothabgang aus dem Penis; — Operation, mitgetheilt von Dr. Potel in Brest.

Das Kind, von dem hier die Rede ist, wurde am 14. Juli dieses Jahres von einer Frau geboren, die schon mehrere gesunde Kinder gehabt hat. Die Imperforation des Afters wurde gleich bemerkt, und als man gegen Abend die Windeln besichtigte, sah man Koth mit Urin vermischt, und eine genaue Untersuchung der Urethra zeigte, dass der Koth aus derselben herausgetreten war. Die Rhaphe war nicht bemerkbar; wo der After sich befinden sollte, war nur ein geringer Eindruck wahrzunehmen; der Penis, nach unten und hinten gekrümmt, war in seiner ganzen Länge mit dem Hodensacke verwachsen; nur die Eichel war frei, etwas vorspringend; die Mündung der Harnröhre war sehr weit. In der Gegend des Schambogens fühlte man im Hodensack die Testikel; sonst war das Kind kräftig und gesund. Am 15. Juni Vormittags jedoch befand sich das Kind in einem Zustande, der ein operatives Eingreifen durchaus nothwendig machte; der Leib war nämlich aufgetrieben, tympanitisch, das Antlitz von einem Ausdrucke des Schmerzes, stöhnendes Geschrei, der Penis angeschwollen.

Operation. Das Kind wird auf einen Tisch gelagert und zwar auf den Rücken; die Beine werden auseinander gesperrt und gegen den Bauch gebeugt. Ein Kreuzschnitt über den Eindruck, der den After andeutet; behutsam wird das etwas konvexe Bisturi immer tiefer eingesenkt. Die Texturen geben dem eindringenden Finger und dem Skalpellstiele nach; wo dieser nichts vermag, wird die Messerschneide benutzt, wobei aber der eingeführte Finger zur Führung dient, und der Finger benutzt zu seiner Orientirung theils das Steissbein, theils die Sitzbeinknorren. Vergeblich versuchte der Operateur mit dem einge-

führten Finger dem fluktuirenden Darme zu begegnen; endlich in einer Tiefe von 8 Linien traf das mit dem Rücken gegen das Skrotum gewendete Bisturi plötzlich auf einen Widerstand. Als das Messer zurückgezogen wurde, fühlte man eine harte Masse, die man bald für verhärtetes Mekonium erkannte. Diese Masse wurde entfernt; dann wurde ein weiblicher Katheter über zwei Zoll tief eingeführt und dann durch den Katheter eine Einspritzung gemacht, die, wie man sich überzeugen konnte, auch wirklich den Mastdarm ausspülte. Das Kind macht einige Anstrengung, den Darm zu entleeren, und in der That drängt es einen Pfropfen verhärteten Mekoniums heraus, während zugleich ein gelblicher, trüber Urin aus der Harnröhre ausfloss. Eine zweite Injektion entleert nur etwas flüssigen Koth und es gehen darauf viele Winde ab. Blut fliesst wenig aus. — In den nächstfolgenden 2 — 3 Tagen geht reichlich Koth aus der künstlichen Oeffnung und nichts mehr durch die Harnröhre ab; das Kind befindet sich verhältnissmässig wohl; eine geölte Wieke dient dazu, die Wunde offen zu halten. Nach und nach aber stellen sich Symptome von Gastro-Enteritis ein, und obgleich der Koth immer gehörig durch die künstliche Oeffnung abging, so starb das Kind doch am 21. August unter Durchfällen und Aphthen.

Eine genaue Untersuchung der Leiche ergab eine vollständige und ganz normal geformte Blase; der Mastdarm öffnete sich nicht am After, aber auch nicht in die Blase, wie man vermuthet hatte, sondern nachdem er bis gegen das Steissbein gelangt war, wendete er sich unten um die Blase und den Blasenhals nach vorn und mündete mit einer Art Trichter in die Harnröhre dicht hinter der Prostata. Dieser Trichter hatte ordentliche Querfalten und grosse Aehnlichkeit mit einem wirklichen After. Die künstliche Oeffnung war dicht über diesem Trichter gemacht worden und ganz, wie man sie nur wünschen konnte, so dass das Kind hätte leben können, wenn die Gastro-Enteritis, die aber mit dem traumatischen Eingriff in gar keiner Beziehung zu stehen schien, nicht später hinzugekommen wäre. (*Gacette médicale* Nov. 1844.)

---

2. Ueber Balggeschwülste auf und in der Schilddrüse bei Kindern, von Robert Liston, Professor der chirurg. Klinik an dem Universitäts-Kollegium zu London.

Am Halse, neben, auf und in der Schilddrüse kommen verschiedenartige Geschwülste vor. Man muss diese zu unterscheiden lernen, weil man, stets und immer an Kropf denkend, gar zu geneigt ist, solche Tumoren geradezu für wahre Struma zu erklären, das heisst für Hypertrophie und Degeneration der Schilddrüse, gegen die nichts zu thun sei, wenn sie nicht vertheilt werden könne. Es giebt Geschwülste, die ihrer Natur nach gar nicht zu vertheilen sind, sondern die einen chirurgischen Eingriff erfordern. Hierzu gehören besonders die in und auf der Schilddrüse sitzenden Balggeschwülste, von denen Liston hier spricht und die besonders bei Kindern vorkommen.

„Ich habe", sagt Liston in seinen neuesten Vorlesungen über operative Chirurgie, „mehrere Fälle von enkystirten Geschwülsten auf und in der Schilddrüse bei Kindern beobachtet, welche wegen der Deformität und der Beschwerden, die sie mit sich führen, ein chirurgiches Eingreifen nothwendig machen. Diese Tumoren können bisweilen ganz uud gar und mit dem besten Erfolge entfernt werden, wenn die Operation sauber und mit Umsicht gemacht wird. Ich werde hierüber am besten durch Mittheilung einiger weniger Fälle Auskunft zu geben im Stande sein."

Erster Fall. „E. M., 2½ Jahre, im August 1844 aufgenommen, ein gesundes Kind, nie krank gewesen, hatte gesunde Eltern und Geschwister, von denen keins Geschwülste am Halse gehabt hat. Gleich nach der Geburt bemerkte man vorn auf der Trachea oder vielmehr dicht unter dem sogenannten Adamsapfel etwa einen Zoll unterhalb des Zungenbeins eine rundliche Anschwellung. Sie hatte weder die Respiration noch das Schlingen affizirt, war vollkommen beweglich, elastisch und ergab ein deutlich fluktuirendes Gefühl. Es ist keinem Zweifel unterworfen, dass sie Flüssigkeit enthält; aber die Kyste, worin diese Flüssigkeit enthalten ist, hat feste Wände, und es scheint, dass einige Fasern des Platysmamyoides über ihre untere Parthie hinüber laufen. — Beim Schlingen steigt und fällt die Geschwulst mit jedem Akte; sie hat jetzt die Grösse eines Apfels, ist sehr entstellend, bringt aber dem Kinde keine andere Beschwerde, als dass sie äusserm Drucke ausgesetzt ist und dadurch dem Kranken sehr unbequem wird. Die Geschwulst sitzt übrigens lose an; sie ist schiebbar und die Haut dar-

den Texturen und schälte ihn vollkommen aus seinem Betteh
tung sehr gering, die Geschwulst ergab sich als ein eiförn
der eine dünne, durchsichtige, fast klare, serumartige Flüs
hielt; die Wände waren dünn, nicht dick, wie früher vermut
war. Nach rechts hin schien das Gewächs vom *M. stern*
niedergehalten worden zu sein; denn in der Wunde sah man
schnitt dieses Muskels, ferner den Schildknorpel und die o
der Luftröhre. — Nach Beseitigung der Geschwulst wurde
bei mehr erhobenem Kopfe so lange offengehalten, bis al
gestillt war; ein Arterienast musste unterbunden und kalt
umgeschlagen werden. Dann wurde eine unterbrochene Nat
und darüber ein Paar Pflasterstreifen."

„Alles ging vortrefflich; am 21. August war die Operati
worden und am 30. wurde es entlassen. Als es am 30.
wieder gezeigt wurde, befand man es so frisch und gesun
nur sein konnte."

Zweiter Fall. „W. D., 10 Jahre alt, am 9. Noven
aufgenommen, mager, welk, bleich, aber sonst gesund. V
an hatte dieser Knabe eine Anschwellung vorn am Halse,
grösser wurde, aber erst als er 5 Jahre alt, wendeten sich
an einen Arzt. Sie brachten auf Anrathen von Verwandten
ben auch zu A. Cooper, welcher den Tumor für eine Balg
richtig erkannte, einen Einstich machte und eine Radikal...

machte einen Einschnitt auf den Tumor, legte die Hautlappen zurück, aber — zog auch nur wieder ein Haarseil durch den Tumor. Der Erfolg war grade wie früher; das heisst, der Tumor wurde kleiner, aber vergrösserte sich bald wieder. Von dieser Zeit an bis jetzt ist der Knabe in einem Hospitale gewesen, wo mehrere Operationen, theils mit dem Messer, theils mit Kauterien gemacht worden. Endlich wurde ein Versuch gemacht, die Kyste herauszuschälen; entweder vor oder während dieser Operation floss die Flüssigkeit ab, und man glaubte nun eine Radikalkur gemacht zu haben. Es sind aber kaum seitdem vier Monate vergangen und schon hat der Tumor dieselbe Grösse wie zuvor; ja er ist noch mehr gewachsen und bringt dem Knaben nun sehr grosse Beschwerden. Die Geschwulst hat die Grösse eines Hühnereies, liegt mit ihrem grössten Durchmesser quer über dem Schildkörper, ist nach oben zu vollkommen beweglich, nach unten zu, wo sie narbig und höckrig (die Folge der frühern Operationen) ist, viel weniger. — Mit den Bewegungen des Schluckens steigt und fällt der Tumor; er ist elastisch unter den Fingern, transparent; die ihn bedeckende Haut ist röther als die übrige Haut, schiebbar, jedoch unten weniger als oben. Athmung und Deglutition gehen übrigens ohne alle Beschwerde von Statten, und obwohl das Kind zart und mager ist, so ist es doch im Uebrigen gesund."

Am 11. November machte Liston die Operation. Grade wie im vorigen Falle legte er das Kind auf den Rücken mit stark hintenüber gebogenem Kopfe, fasste eine Falte quer über der Geschwulst und durchschnitt diese von Innen nach Aussen. Die Lappen wurden zurückgelegt und nun die Kyste mit Sorgfalt ausgeschält. Dieser letztere Akt hatte aber wegen der vielen Narben von den früheren chirurgischen Eingriffen her mancherlei Beschwerliches; die Blutung war sehr reichlich, hörte aber auf, als der Kopf des Kindes erhoben wurde; Ligaturen waren nicht nöthig; statt der Suturen nur Streifen von Hausenblasenpflaster. Das Kind wurde vollständig geheilt.

„Ich muss bemerken", sagt Liston, „dass die Ausschneidung dieser Balggeschwülste nicht so leicht ist, wie es hier erscheinen dürfte. Die steten Bewegungen des Thorax, des Larynx, des Kiefers verwirren den Operateur sehr; ausserdem ist bisweilen die Verwachsung des Tumors mit der bedeckenden Haut und den benachbarten Texturen durch eingetretene Entzündung oder in Folge vorhergegangener Operationen so bedeutend, dass die vollständige Ausschälung der ganzen Kyste äusserst schwierig wird, und doch hängt eine vollständige, wahr-

„Die einfachste Form der zur grossen Gattung der
wenn man diesen Ausdruck im weitern Sinne nimmt, ge
formitäten ist der sogenannte Pferdefuss oder ***Talipes eq***
habe nie einen Fall von angeborenem reinen ***Talipes eq***
hen; ich glaube, dass er wohl angeboren vorkommen kan
denfalls muss ich ihn für selten erklären. Unter einfache
nem ***Talipes equinus*** verstehe ich diejenige Form, wo
die Höhe gezogen, folglich die Zehen abwärts stehen, ohne
eine Verdrehung nach der Seite stattfindet. Diese Form i
sagt, fast immer eine nach der Geburt erlangte, und kann
denen Ursachen entspringen, aus Wunden, Rheumatismen,
besonders durch Zahnreiz, Wurmreiz und durch skrophulöse
in das Fersengelenk, oder in die sehnigen Gebilde der Wa
Bisweilen aber entsteht diese Deformität ohne allen Schmer
wahrnehmbare Ursache und scheinbar ganz von selber. I
die Ursache, so ist die Deformität oft mit Kontraktur un
Lähmung der entsprechenden oberen Extremität verbunden,
auch bisweilen ganz allein vorkömmt. Häufig findet man
Fällen eine Lähmung des vordern Tibialmuskels, so dass
als ob in diesen Fällen die Deformität nur daraus entsprung
der Gastroknemius, weil sein Antagonist nicht mehr thät

sollte, um Rath gefragt. Ich fand das Kind recht hübsch aufgewachsen, aber nicht im Stande, allein zu gehen. Ich liess es quer durch das Zimmer führen, und bemerkte, dass in dem Augenblick, wenn es den linken Fuss vorwärts setzen wollte, die Ferse des rechten Fusses sich erhob und dieser sich auf die Zehen stellte, welche durch den Druck des Körpers auseinander getrieben wurden. Bei genauerer Untersuchung fand ich den vordern Tibialmuskel zum Theil gelähmt und den Gastroknemius im Beginn der Kontraktion, so dass, zwar mit einigem Kraftaufwande, der Fuss nach vorne von mir gebeugt werden konnte, aber sogleich wieder zurücktrat, wenn der Druck nachliess. Ich erkannte bald, dass das Kind am Zahnreiz litt und auch zugleich mit den kleinen Mastdarmwürmern (*Oxyurus vermicularis*) behaftet war; ich säumte nicht, das Zahnfleisch tüchtig zu skarifiziren, gab dann und wann Kalomel und Skammonium, und das allgemeine Befinden des Kindes wurde viel besser. Gegen die Deformität verordnete ich, eine dünne Schiene an die Hinterseite der Wade des Fusses zu legen; diese Schiene war von Zinn, und der Fusstheil, welcher unter die Sohle kam, war im rechten Winkel gegen den Wadentheil der Schiene gebogen. Diese Schiene nützte jedoch auch nicht sehr viel; ebensowenig brachte der Skarpa'sche Schuh eine dauernde Besserung. Ich sendete deshalb das Kind an die Seeküste, von wo es bedeutend gebessert zurückkam; d. h. es vermochte den Fuss etwas zu beugen, und es schien in der That, als ob die Deformität nicht mehr vorhanden sein würde, wenn nicht durch die lange Dauer der Kontraktion der Gastroknemius gewissermaassen eine Verkürzung dieses Muskels eingetreten wäre. Deshalb machte ich die Tenotomie und zwar mit dem glücklichsten Erfolge."

„Viel ernster sind diejenigen Fälle von *Talipes equinus* bei Kindern, welche in Folge von Skrophulosis eintreten. Die Deformität kann hier, wie schon früher erwähnt, auf zwiefache Weise erzeugt werden, nämlich entweder durch skrophulöse Geschwüre und Narben oder durch skrophulöse Affektion des Gelenks. Ich hatte einen Knaben zu behandeln, welcher in seinem 2. Jahre von einer skrophulösen Entzündung des Unterschenkels und des Armes befallen war; er war jetzt 6 Jahre alt; in den 4 Jahren war das Ellbogengelenk durch Entzündung und Ablagerung vollkommen anchylotisch geworden, jedoch glücklicherweise in rechtem Winkel, so dass der Kranke das Glied ganz gut gebrauchen konnte. Was den Unterschenkel betrifft, so waren das Fussgelenk und Kniegelenk nicht mehr erkrankt, als es in Folge der Entzündung der zunächst gelegenen Zellgewebs- und Hautparthieen zu ge-

schehen pflegt. Als die Entzündung grösstentheils beseitigt war, wurden auch die Gelenke wieder frei; nur war die Wade mit einer Unzahl tiefer, grosser Narben bedeckt, welche sich tief bis auf die Achillessehne hinab streckten und eine Adhäsion zwischen der Haut und dem Muskelbauche, so wie auch der Sehne, bewirkt zu haben schienen. In Folge dieser Adhäsionen, so wie der vorangegangenen Entzündung, hatten sich Muskel und Sehne verkürzt; die Ferse war in die Höhe gezogen und ein wirklicher *Talipes equinus* entstanden. Mit dem grössten Kraftaufwand war kaum eine geringe Flexion des Fusses möglich und deshalb war die Hoffnung zur Wiederherstellung auch nicht so gross. Als ich das Messer einführte, fühlte ich, dass in der That die ganze Achillessehne in einer verhärteten Narbenmasse eingebettet war und dass sie mit dieser Masse eine dicke kautschukähnliche Schicht bildete. Durch mehrere kleine Schnitte gelang es mir indess, diese Masse von Innen nach Aussen bis zur Haut zu durchschneiden. Durch Anwendung des Stromeyers'chen Fussbrettes gelang es wirklich, obwohl mit sehr grosser Mühe, den Fuss nach und nach in einen rechten Winkel zu bringen. Obwohl keine Lähmung in den vordern Tibialmuskeln und in den Extensoren der Zehen vorhanden war, so gelangte der Kranke doch nur zu einer sehr beschränkten Bewegung des Fusses, weil die zwischen der Haut und dem Bauche, so wie der Sehne des Gastroknemius durch die alten Narben bewirkten Adhäsionen nicht beseitigt werden konnten. Indessen ist auch keine Tendenz zu neuer Kontraktur vorhanden und der Kranke kann ganz gut gehen. — Erstreckt sich die skrophulöse Affektion auf das Fussgelenk selber und hat sich eine Anchylose gebildet, wobei der Fuss in die Stellung des *Talipes equinus* gerathen ist, so ist Nichts dagegen zu thun; eine Tenotomie würde nichts nützen; aber man muss es nicht zur vollständigen Anchylose kommen lassen, und wenn sie nicht verhütet werden kann, muss man sie wenigstens so leiten, dass der Fuss im rechten Winkel verwächst." (*London medical Gazette.*)

---

4. Bemerkungen über die Indikationen der Punktion des Kopfes bei Hydrocephalus, und über den glücklichen Erfolg dieser Operation; von Butcher in Cork.

„Vor einigen Tagen", sagt Buttcher, „hörte ich die Frage, ob die Punktion des Gehirns jemals von Erfolg gewesen? Da der folgende Fall gewissermaassen Antwort auf diese Frage giebt, so säume

ich nicht, ihn mitzutheilen, vielleicht dass er Gelegenheit geben möge, in Fällen, wo man zu verzweifeln anfängt, noch Rettung zu schaffen. In einem in der medizinisch-chirurgischen Gesellschaft zu Dublin gelesenen Aufsatze habe ich diesen Fall obenhin erwähnt; seitdem haben aber wiederholte Leichenuntersuchungen mich überzeugt, dass unter gewissen Umständen die erwähnte Operation nicht nur nur indizirt sei, sondern auch wirklich guten Erfolg erwarten lassen dürfe. Die Punktion tritt als letztes Mittel auf, wenn alle andern im Stiche gelassen haben. Obwohl Abführmittel, Blutentziehungen und Kälte auf den Kopf die Wasserergiessung nicht beseitigen, ja nicht einmal, wenn sie einzutreten beginnt, aufhalten können, insofern sie aus der veränderten Thätigkeit der Gefässe entspringt, — so vermögen sie doch die entzündliche Disposition derselben, wodurch dieser Zustand herbeigeführt wird, zu unterdrücken. Die Einwirkung des ganzen antiphlogistischen Apparats hat in Bezug auf die Wasserergiessung also wohl eine prophylaktische, aber keineswegs eine kurative Kraft. Ist die Flüssigkeit nur in kleiner Menge vorhanden, so kann vielleicht noch Absorption erwartet werden, wenn sie auch theoretisch nicht nachweisbar ist, und es mag die von mehreren Seiten gerühmte Wirksamkeit des *Kali hydrjodicum* gegen Hydrocephalus grade hierin bestehen. Ist die Wasserergiessung aber bedeutend, so ist sicherlich von Absorption nichts mehr zu erwarten, sondern durch Druck wirkt die Flüssigkeit auf die benachbarten Theile und befördert auf rein mechanische Weise den Turgor der Gefässe, vermehrt also die passive Kongestion oder Stasis des Blutes in denselben, folglich die Ergiessung, bis endlich wirkliche Gehirnerweichung die Geschichte zu Ende bringt. Dieses würde aber nicht der Fall sein, könnte man die Flüssigkeit zur gehörigen Zeit entfernen, das heisst, bevor die Erweichung wirklich begonnen und nachdem alle entzündliche Thätigkeit aufgehört."

„Dass Erweichung erst spät eintritt, habe ich aus vielen Leichenuntersuchungen erkannt. In 8 an akutem Hydrocephalus gestorbenen Kindern, wo der Kopf ungewöhnlich gross war und wo die Kinder in Folge besonderer Umstände schon in den ersten Tagen der Krankheit gestorben waren, fand ich nicht einmal Erweichung der Gehirnsubstanz, obwohl die Seitenventrikel von Flüssigkeit ausgedehnt waren. Was übrigens die Absorption der Flüssigkeit betrifft, so zweifle ich nicht an der Möglichkeit derselben. Die Analogie mit andern serösen Höhlen und die Erfahrung spricht dafür, aber es muss, wie schon oben erwähnt, das Quantum der ergossenen Flüssigkeit nur gering sein. Bei

bedeutender Ergiessung kann nur noch die Operation Hülfe bring
wie der folgende Fall zeigen wird."

„Maria Burns kam in das South-Infirmary in Cork (Irl
Hülfe für ihr Kind zu suchen. Sie erzählte, dass ihr bereits zwei Ki
der an „„Wasser im Gehirn"" gestorben seien und dass sie fürch
es werde mit ihrem dritten Kinde ihr wieder so gehen, da bereits
drohende Erscheinungen vorhanden seien; sie hatte das Kind zu Ha
Bei der Untersuchung desselben (es war ein 16 Monate alter Kna
fand man den Kopf gewissermaassen transparent; er zeigte an m
reren Stellen fehlende Knochenablagerung, so dass der Schädel n
nur an den sehr grossen Fontanellen, sondern auch an mehrern Or
zwischen den Suturen aus dünnen Häuten bestand; die Suturen st
den nämlich $\frac{1}{2}$ bis $\frac{3}{4}$ Zoll auseinander. Der Kopf maass im Fr
Okzipitalumfange $13\frac{1}{2}$ Zoll; von Ohr zu Ohr über den Scheitel 9 Z
von unten dem Kinne und quer über den Scheitel $9\frac{3}{4}$ Zoll. Die
pillen waren sehr erweitert und reagirten nicht gegen das Licht. D
und wann kreischte das Kind laut auf, verfiel alsdann in Konvulsio
die nach Aussage der Mutter schon seit 4 Tagen vorhanden gewe
Hier konnte offenbar von den gewöhnlichen Erfahrungsweisen ni
erwartet werden und Dr. Woodroffe entschloss sich zur Operati

„Etwa $\frac{3}{4}$ Zoll von der Mittellinie in der Fontanelle nahe
Rande des Scheitelbeines stach er eine Lanzette durch die Häute, fü
dann einen Troikar ein, und indem er ihn etwas nach Innen ne
richtete er ihn in den rechten Seitenventrikel. Kaum war das
let entfernt, so floss eine grosse Menge Flüssigkeit aus dem R
chen; es wurden ungefähr 11 Unzen Flüssigkeit abgezapft. Nach
fernung derselben verlor der Kopf seine Spannung und kuglige F
und wurde so welk, dass die noch übrige Flüssigkeit nach hinten
fen und dem Kopfe eine längliche Form geben konnte. Es w
deshalb eine zweiköpfige Binde rund um den Kopf gelegt, aber n
zu fest, sondern blos um die Schädelknochen zu unterstützen; die W
wurde durch etwas Heftpflaster zusammengezogen. Gleich nach
Operation sank das Kind sehr zusammen, erholte sich aber bald.
Wochen lang befand es sich ganz gut, aber nun füllte sich der K
von Neuem, aber nicht halb so sehr wie früher. Die Operation wu
wiederholt, aber nun an der linken Seite, grade wie früher an
rechten; es wurde wieder Flüssigkeit abgezapft, aber nicht so viel
das erste Mal. Das Kind begann sich sichtbar zu bessern; keine Krä
traten mehr ein. Obwohl der Kopf sich wieder etwas anzufüllen sch

so waren doch nur so wenige dringende Erscheinungen vorhanden, dass man sich zu keiner weiteren Operation berechtigt hielt. Das Kind saugte gut, die Augen waren gegen das Licht empnfidlich und das Kind schien an Kräften zuzunehmen. Etwa 5 Wochen nach der zweiten Operation fing es mitten im besten Wohlsein an, übel zu werden und Krämpfe zu bekommen. Auf genaue Nachforschung gestand die Mutter, dass sie dem Kinde seit 5 Tagen regelmässig Wein gegeben habe. In der That schien das Kind zu fiebern und nach einigen Konvulsionen war es todt."

„Bei der Untersuchung des Kopfes fand man die Fontanellen und Hautstellen des Schädels weit mehr mit Knochenmasse bedeckt und die Suturen viel mehr vereinigt wie bei der ersten Untersuchung. Alle Theile der Seitenventrikeln waren vollkommen gesund; keine Erweichung der Gehirnsubstanz; die Gefässe nicht überfüllt. — Also war hier von der ersten Operation bis zum Tode eine Zeit von eilf Wochen vergangen, ohne dass Konvulsionen eintraten; die Besserung war zusehends, ja die Ossifikation hatte sich in dieser Zeit sehr beschleunigt. Warum hätte das Kind nicht weiter leben können? Würde der Tod eingetreten sein, wenn das Kind diätetisch richtig behandelt worden wären? — Einen vollkommen glücklich abgelaufenen Fall findet man im 9ten Bande der *Medico-Chirurgical Transactions.*" (*Dublin Journal.*)

---

5. Subkutane Telangiektasie bei einem 10jährigen Knaben in der Kniekehle, vermuthlich angeboren, von Robert Liston operirt.

Es war ein kräftiger, gesund aussehender Knabe; er hatte einen eiförmigen, drei und einen halben Zoll im längsten Durchmesser grossen Tumor in der rechten Kniekehle. Der Tumor war ohne Schmerz und nicht mit der Haut verwachsen; er hatte eine gewisse Elastizität und, wenn das Bein gestreckt war, schien in der Tiefe Fluktuation vorhanden zu sein; war aber das Glied gebeugt, so fühlte sich der Tumor mehr wie eine feste Masse an. Wie der Knabe zwei Jahre alt war, zog der Tumor erst die Aufmerksamkeit auf sich; er war damals klein und vermuthlich hat ihn der Knabe seit seiner Geburt gehabt. Der Tumor nahm immer mehr zu; einmal hatte man ihn mit

einer gefurchten Nadel angestochen, aber es floss nichts aus.
als der Tumor noch grösser geworden war, hatte ein Wun
Haarseil durchgezogen, das aber bald wieder weggelassen wur
dem die Eiterung im Gange war. Nun wurde die Geschwu
grösser, bis Liston um Rath gefragt wurde, der sich entschl
Tumor auszurotten. Die Operation war aber sehr schwierig.
machte Liston einen exploratorischen Einstich mit der Lan
floss helles und klares Blut aus, worauf der Tumor sich et
minderte. Nun durchschnitt Liston Haut und Faszia, um
schwulst blosszulegen; sie erschien wie eine Fettgeschwulst u
sich viel kleiner als vor dem Schnitte vermuthet wurde. D
war von den Fasern des *M. semimembranosus* bedeckt, un
zu exstirpiren, musste in diesen Muskel eingeschnitten werd
Verlaufe der Operation musste dem Tumor bis tief in die K
hinein gefolgt und er vom Poplitealnerven abgelöst werden. Es
guter Theil Blut verloren, aber nur ein Gefäss brauchte unt
zu werden. Die Wunde heilte gut und schon am 16. Tage nach
ration konnte der Knabe herumgehen. Bei der Untersuchung d
erkannte man, dass sie zu den erektilen Geschwülsten geh
sich in der Substanz des Muskels entwickelt zu haben schien.
don medical Gazette.)

---

6. Opiumvergiftung eines Kindes, Elektrizität da

Ein zwei Monate altes Mädchen, erzählt J. Russell,
Kings-College-Hospitale, hatte aus Versehen 12 Tropfen Lauda
einmal bekommen. Die Arzenei bewirkte tiefen Schlaf, währ
sen sich heftige Konvulsionen einstellten. Etwa 4½ Stunden n
Genusse des Opiats wurde das Kind in das Hospital gebra
war vollkommen bewegungs- und bewusstlos; äusserlich kalt
blutleer; den Impuls des Herzen konnte man kaum fühlen;
men schien erschwert und sehr langsam, so dass zwischen einem
zuge und dem andern fast eine halbe Minute verging. Die Pup
ren verengert und das Kind konnte nicht schlucken. Die gewö
Mittel gegen Opiumvergiftung wurden angewendet, aber ohne
und nach kaum 15 Minuten schien das Kind wirklich gesto
sein. Als man es aufnahm, hörte man jedoch ein Röcheln un
darauf folgte noch ein tiefer Athemzug. Dieses ermuthigte z

Versuchen, aber auch diese hatten kaum einen merklichen Erfolg. Die Athmung stellte sich wieder ein, aber sehr unregelmässig und schwieig; nach Verlauf einer Stunde lebte zwar das Kind noch, aber der Zustand war eben so verzweifelt, wie früher.

Unter diesen Umständen war der Vorschlag eines der Aerzte der Anstalt, galvanische Stösse durch den Körper zu führen, nicht zurückzuweisen. Es wurde schnell ein passender galvanischer Apparat herbeigeschafft; ein Pol wurde mit dem obern Theil der Cervikalgegend der Wirbelsäule und der andere mit dem Schwertknorpel des Brustbeins in Berührung gebracht. Schon nach den ersten Paar Stössen folgte augenblickliche Besserung. Jeder elektrische Stoss hatte eine schnelle Thätigkeit des Zwerchfells bewirkt; einige kurze Inspirationen stellten sich ein und dann folgte ein tiefer Athemzug. Jetzt waren bereits 6½ Stunden seit Anwendung des Laudanums vergangen. Die Elektrizität wurde 1½ Stunde hinteveinander angewendet, das heisst, es wurden in Intervallen elektrische Stösse durch den Thorax längs der Wirbelsäule geführt, sobald sich die Athmung verzögern zu wollen schien. Zuerst schien die Elektrizität lediglich das Zwergfell zur Thätigkeit anzuregen; aber nach kurzer Zeit wurden die Arme und bald darauf auch die Beine extendirt. Das Kind öffnete die Augen und schien die Gegenstände umher wahrzunehmen; es schrie einigemal auf und wurde äusserlich warm. Es liess den Kopf nicht mehr auf die Schultern sinken, sondern hielt ihn aufrecht und saugte an dem in den Mund geschobenen Finger. Gegen 3 Uhr Nachmittags, also 8½ Stunden nach dem Einnehmen des Opiats, wurde endlich die Athmung vollkommen wieder hergestellt, obgleich sie noch nicht regelmässig war. Die Anwendung der Elektrizität ist nun nicht mehr erforderlich, aber nach einer halben Stunde stellte sich eine neue Reihe von Symptomen ein; die Pupillen erweiterten sich und das Kind verfiel in einen Zustand von Erschöpfung, jedoch nicht in Koma; das Athmen war von tiefem Aufseufzen begleitet; das Kind wurde abermals kalt und fast gefühllos. Alles Mögliche wurde gethan, um das Kind aus diesem Zustande zu erwecken. Es lag noch eine Stunde und starb dann, wie es schien, weniger unter den eigentlichen Symptomen der Opiumvergiftung, als in Folge der Erschöpfung, 21 Stunden nach der Anwendung des Opiats. (*London medical Gazette.*)

7. Die Bright'sche Krankheit oder *Diabetes albumino* bei Kindern.

Wir bedienen uns des Ausdrucks „*Diabetes albuminos*
theils aus Analogie mit *Diabetes mellitus*, weil ein dem Zucker
wissermaassen verwandter oder eigentlich dem Organismus zu
nem Bestehen nothwendiger Stoff mit dem Urin entleert wird, t
deshalb, weil dieser Abgang von Albumin die Haupterscheinung un
eigentlich pathognomonische Symptom der Krankheit ist; denn die
sersucht, welche den Eiweissabgang zu begleiten pflegt, ist nicht in
vorhanden und ist auch nur eine Nebenerscheinung, und was die g
löse Beschaffenheit der Nieren betrifft, so findet man sie auch
in jedem Falle, und es ist selbst, wo sie gefunden wird, noch
erwiesen, ob diese Substanzveränderung der Nieren nicht eine s
däre ist. Der von Rayer und den Franzosen eingeführte Aus
Albuminurie scheint uns ein sehr ungethümlicher und als *Vox
brida* ein sehr unstatthafter zu sein. *Diabetes albuminosus*
zeichnet eigentlich dasselbe, hat diesen Vorwurf nicht und scheint
darum die beste Bezeichnung zu sein, weil sie an die Analogie
Diabetes mellitus erinnert und unsere Unwissenheit des Grundw
der Krankheit ebenso wie bei dieser letzteren vor Augen stellt. –

Der folgende Fall, welchen John Percy, Arzt am Queen's
spitale in Birmingham, erzählt, bezeugt am besten, dass wir das G
wesen der Krankheit nicht kennen. William Beeson, 8 Jahre
wurde am 10. Februar als Aussenpatient in Behandlung genom
es war ein derber Bursche mit dunkeln Augen und braunem H
während der letzten drei Monate war er in einer Gelbgiesserei
schäftigt gewesen und hatte sich immer wohl befunden. Im M
Juli vorher war er in den Kanal gefallen und bekam drei Wochen d
Ohrenweh, an dem er noch leidet, ohne dass jedoch ein Ohren
eintrat. Vor drei Wochen bemerkte seine Mutter an ihm eine
getriebenheit des Gesichts, besonders um die Augen herum, und
allgemeines Oedem des Körpers und der Gliedmaassen. Es trat
sarka ein; die Anschwellung jedoch war überall elastisch, in
der Fingereindruck nicht stehen blieb Der Kranke klagte über
schnürendes Gefühl in der Brust und etwas Dyspnoe, jedoch
nicht Husten vorhanden. Respirationsgeräusch und Herztöne nor
während des letzten Monates Kopfschmerz jeden Morgen, Schmer

den Augen und Ohren, besonders rechts; der Kranke musste des Nachts 2 — 3 mal aufstehen, um Urin zu lassen. Niedergeschlagenheit; Appetit gut; keine Empfindlichkeit des Bauches beim Druck; Schmerz in den Lumbargegenden; Puls 92, mässig stark; Zunge rein; Darmkanal regelmässig thätig.

Analyse des Urins: er ist von strohgelber Farbe; reagirt sauer, ohne Sediment, hat Schleimhautwölkchen und ist von 1027° spezif. Schwere. Es enthalten 1000 Theile: 935,8 Wasser; 16,68 Harnstoff; 16,52 thierische Materie; 11,4 Albumen; 8,6 Chloridalkalien; 6,4 sulphatische, phosphatische und kohlensaure Alkalien; 0,2 erdige Phosphate; dazu 4,4 Verlust: giebt 1000 Theile.

Der Knabe bekam Folgendes: 1) ℞ *Hydrargyri cum Creta* gr. iij; *Pulv. Rhei* gr. v, M. fiat pulvis, detur in sextuplo seorsim; S. jeden Abend ein solches Pulver zu nehmen. — 2) ℞ *Gumm. gutt.* gr. v; *Kali tartaric.* ℈j, M. fiat pulvis, detur in sextuplo seorsim, S. nach Umständen 1 — 2 Pulver zu reichen. — 3) ℞ *Kali hydrjodic.* ℈j; *Kali tartaric.* ℈ij; *Aqu. font.* ℥viij, solve et misce; S. 3mal täglich eine Unze zu nehmen.

Bedeutende Besserung folgte auf diese Mittel; die Wassersucht verschwand und das Albumen verminderte sich. —

Die Frage ist, hing in diesem Falle der Eiweissabgang von granulöser Degeneration der Nieren ab, und wenn, — wie ist diese Degeneration in diesem Zustande zu erkennen? Die spezifische Schwere des Urins war nicht geringer, wie die des gesunden Urins, sondern sogar grösser. Das Albumen verschwand, wie der Kranke sich besserte, nach und nach aus dem Urine, aber verlor sich nicht ganz. Wie entstand die Krankheit in diesem Falle? Es war kein Scharlach vorhergegangen; der Knabe hatte immer mässig gelebt, war immer gesund gewesen und selbst der Umstand, dass der Knabe in den Kanal gefallen war, kann nicht von Einfluss gewesen sein, da von ihm bis zum Auftreten der Wassersucht eine lange Zeit verging, in welcher der Knabe sich ziemlich wohl fühlte. — Die Heilung war übrigens vollständig.

In einem anderen Falle betraf der *Diabetes albuminosus* einen Knaben, der gut gehalten und gut genährt war und der weder ein Ausschlagsfieber (Scharlach) noch sonst eine Krankheit ausgestanden hatte; er bekam etwas Fieber, eine belegte Zunge und bald zeigte sich etwas Oedem des Antlitzes und der Füsse. Als der Urin untersucht und geprüft wurde, fand er sich sehr eiweisshaltig und blieb 8 — 10

Tage von dieser Beschaffenheit. Kleine Gaben Kalomel mit Rheum dazwischen *Kali tartaricum* in Auflösung, abwechselnd mit *Kali hydrjodicum,* führten ebenfalls Heilung herbei. Dieser war 6 Jahr alt. — Welches ist die Ursache des Abgangs von Albumen bei Kindern? Bd.

---

8. Analyse des Leberthrans.

„Etwa 4 Unzen Leberthran, erzählt Dr. Ure, verseifte ich mit ungelöschtem Kalke, grade so wie in den Stearinlichtfabriken das Talg verseift wird; das trockene Kalk-Oleat erhitzte ich in einem passenden Tiegel. Den nach der Verkalkung gebliebenen Rückstand wusch ich mit Alkohol aus und prüfte ihn dann auf Jodine, fand aber keine Spur. Jodkalcium wird durch Hitze in geschlossenen Gefässen nicht zersetzt, und da es ein in Alkohol lösliches Salz bildet, so würde die Jodine, wenn irgend etwas davon da gewesen wäre, bemerkt worden sein.

Hierauf verseifte ich 4 Unzen Leberthran mit Kali, zersetzte diese transparente, weiche Seife mit verdünnter Schwefelsäure, dunstete die Solution fast bis zur Trockenheit ab, sammelte von den Kalisulphatkrystallen den geringen noch flüssigen Ueberrest und prüfte ihn auf Jodine, aber ich konnte auch diesmal keine Spur gewinnen. Dieses letztere Verfahren ist das von Liebig (im 2. Bande seiner organ. Chemie) angegebene; nach Stein jedoch (Journal für prakt. Chemie, Bd. XXI.) wird auf diese Weise Jodine nicht entdeckt, weil es dem verseiften Oele sehr innig anhängt und in den zersetzten Seiflaugen oder Seiffetten nicht aufgefunden werden kann. Er nimmt daher die aus der Zersetzung der Kaliseife durch Schwefelsäure erlangte Fettsäure, verwandelt sie abermals mit Kali oder Natron in Seife, verkohlt die getrocknete Seifenmasse in einem bedeckten Tiegel und extrahirt aus dem daraus erlangten kohlensauren Alkali mittelst Alkohol die etwa vorhandene Jodine. —

Keine von den vielen Sorten Leberthran, die ich auf diese Weise prüfte, enthielt Jodine. Da aber $\frac{1}{10000}$ Gran Jodine ausfindig gemacht werden kann, so muss ich schliessen, dass der im (engl.) Handel vorkommende Leberthran entweder nicht ächt ist, oder dass es Sorten Leberthran giebt, die keine Jodine enthalten, denn Stein und L. Gmelin haben wohl Jodine im Leberthran angetroffen." (*Pharmaceutical Journal.*)

---

9. Ausziehung fremder Körper aus der Nase und aus dem Gehörgange bei Kindern.

„Vor 2 — 3 Jahren, sagt Brodie in seinen Vorlesungen, wurde ich bei einem jungen Mädchen von 11 — 12 Jahren zu Rathe gezogen, welches seit seiner frühesten Kindheit an einem eitrigen Ausflusse aus der Nase und anderen Symptomen litt, denen zufolge ich es hier mit einer Krankheit der Nasenbeine zu thun zu haben glaubte, die ich auch demgemäss mit Sarsaparille und andern Mitteln behandelte. Nach nicht gar langer Zeit war während einer Blutung aus dem einen Nasenloche eine breite Substanz zum Vorschein gekommen, welche ihre Eltern für ein nekrotisches Knochenstück hielten, dessen Abgang man schon seit längerer Zeit erwartet hatte. Da man mich nun sogleich holen liess, so fand ich, dass es kein Nasenbein sei, sondern wie geronnene Lymphe aussah, auf der einen Seite konkav, auf der andern konvex war, und einen Kern umschlossen zu haben schien. Dr. Prout, welcher die Güte hatte, es für mich chemisch zu untersuchen, fand, dass es hauptsächlich aus Schleim und phosphorsaurem Kalke bestand, welche von der entzündeten Schleimhaut der Nase abgesondert worden sein sollten. Ich glaube aber mit mehr Recht annehmen zu können, dass ursprünglich ein fremder runder Körper, welcher in die Nase gesteckt worden war, nur als Kern für jene Ablagerung von Schleim und Kalkerde diente, und alle Symptome einer Krankheit der Nasenbeine hervorrief, an der die Patientin gelitten zu haben schien."

„In einem andern Falle, der einen Knaben mit putridem Ausfluss aus der Nase betraf, hätte ich gleichfalls leicht verleitet werden können, an eine Krankheit der Nasenbeine zu denken, hätte ich nicht, als ich das Innere der Nase besichtigte, im oberen Theile derselben einen hervorstehenden Körper entdeckt, welcher mir für ein nekrotisches Knochenstück zu gross erschien. Ich erweiterte daher das Nasenloch mit einer aufgesperrten Zange und zog einen Pflaumenkern hervor, welchen das Kind, wie es leider öfter geschieht, wahrscheinlich ohne Wissen seiner Umgebung hineingesteckt hatte. Nach der Entfernung des Kernes hörten alle Symptome der vermeintlichen Krankheit auf."

„Bei einem kleinen Mädchen, welches gleichfalls einen eitrigen Ausfluss aus der Nase hatte, glaubte ich dagegen, weil ich in der Nase Nichts entdecken konnte, dass die Symptome wirklich von einer Krankheit der Nasenbeine herrührten, und verordnete deshalb Sarsaparille.

Eines Tages jedoch schnaubte sie ein Stück Schwamm aus, welches mit Schleim bedeckt und wahrscheinlich von dem Kinde selbst in die Nase gesteckt worden war."

„Da es gar zu häufig vorkommt, dass sich Kinder fremde Körper in die Nase stecken, so muss man, wie Sie schon gesehen haben, sich sehr in Acht nehmen, dass man nicht in einen ernstlichen Irrthum verfällt. In zwei solchen Fällen, welche ich beobachtete, kam der fremde Körper durch Niesen zum Vorschein; in jenem anderen, in welchem das Kind sich einen Pflaumenkern hineingesteckt hatte, musste ich eine Zange in Anwendung bringen. In noch anderen Fällen war ich dagegen gezwungen, mannigfache andere Verfahrungsweisen einzuschlagen. So wurde z. B. ein Kind zu mir gebracht, welches ein Stück Glas in der Nase hatte. Da die Zange, welche ich anzuwenden versuchte, von der glatten Fläche des Scherbens immer wieder abglitt, so bog ich eine Sonde hakenförmig, ging mit derselben hinter den oberen Rand des Glasstückes und zog dasselbe auf diese Weise aus."

„Zuweilen gelangen fremde Körper auch in den äussern Gehörgang, wie z. B. ein Stück Schieferstein, das sich ein Kind, welches zu mir gebracht wurde, hineingesteckt hatte. Wiewohl man glauben sollte, dass ein fremder Körper aus dem Ohre leichter zu entfernen sei, als aus der Nase, weil man in das erstere besser hineinsehen kann, so verhält es sich doch umgekehrt. Ich habe Ihnen schon früher, als ich von den Nasenpolypen sprach, gesagt, eine wie grosse Gewalt die Schleimhaut der Nase ohne allen Nachtheil zu ertragen im Stande ist; und eben deshalb kommt es auch bei der Extraktion fremder Körper aus der Nase nicht auf eine besondere Behutsamkeit an. Beim Ohr muss man dagegen viel vorsichtiger sein. So waren bei einem Kinde, welches eine Erbse im Ohre hatte, ehe es ins Hospital gebracht wurde, viele Versuche zur Entfernung derselben gemacht worden, in Folge deren das Kind sehr beunruhigende Symptome einer Gehirnentzündung darbot und starb. Bei der Sektion fand ich das Trommelfell durch die Gewalt, mit der die Extraktionsversuche unternommen waren, zerstört und die Erbse in die Trommelhöhle hinneingedrängt; die rohe Behandlung dieser Höhle hatte eine Entzündung derselben erzeugt, welche sich den Gehirnhäuten mittheilte, und eine Eiterablagerung zwischen dem Knochen und der Duramater veranlasste."

„Wenn man einen fremden Körper mit einer Zange herausbefördern will, was an und für sich sehr schwierig ist, so muss es mit einer besonders dazu eingerichteten sehr dünnen Zange geschehen, deren

Blätter man, je eines auf einer Seite des fremden Körpers, einführt. Der Patient muss hierbei jedoch immer einem Fenster gegenüber so sitzen, dass der Gehörgang durch einige einfallende Sonnenstrahlen vollkommen erleuchtet wird, weil der fremde Körper, wenn man nicht sehr vorsichtig ist, anstatt nach vorn und aussen befördert zu werden, leicht noch tiefer gegen das Trommelfell gestossen, und diese Membran alsdann zerrissen wird, so dass er in die Trommelhöhle gelangt, und daselbst grossen Schaden anrichten, und wohl gar den Tod des Kranken herbeiführen kann."

IV. Verhandlungen gelehrter Vereine und Gesellschaften.

Académie des médecine in Paris.

Bedeutende Geschwulst am Hinterhaupte bei einem neugeborenen Kinde.

Sitzung vom 12ten Oktober.

Dr. Moreau stellte ein Kind von einigen Tagen vor, welches mit einer bedeutenden Geschwulst am Hinterhaupte fast von derselben Grösse, wie der Kopf selbst, behaftet ist. Nach dem bei der Hebamme eingezogenen Berichte wurde es in der Gesichtslage geboren. Die Geburt verlief normal. Moreau war über die Natur der Geschwulst noch nicht im Klaren, und frägt, ob er eine Operation zur Entfernung derselben versuchen solle.

Velpeau: er ist nicht abgeneigt, diese Geschwulst für eine *Spina bifida* des Kopfes zu halten, und meint, dass sie durch eine kleine Oeffnung mit dem Gehirn in Verbindung stehe. Vielleicht könnte man in diesem Falle das von Dubourg vorgeschlagene Verfahren bei *Spina bifida* in Anwendung bringen.

Guersant: er glaubt, dass eine Operation dieser Art keine Aussicht auf Erfolg gewähre. Bei allen Operationen, die er bei *Spina bifida* hat ausführen sehen, entwickelte sich eine heftige Entzündung der Meningen und purulente Ergüsse in das Gehirn fanden statt.

Moreau: In diesem Falle lässt sich der Ausspruch: *melius an-*

ceps quam nullum gerade anwenden. Das Kind ist, sich selbst überlassen, unfehlbar verloren. Warum sollte man nicht eine Operation versuchen, die einige Aussicht auf Rettung darbietet?

Berard: Ich für meinen Theil bin der Ansicht, dass diese Geschwulst mit Serum angefüllt ist, das aus dem Gehirn kömmt und mit demselben kommunizirt; mit anderen Worten: wir haben eine Hydroencephalocele vor uns. Daher glaube ich, dass die Bedeckungen, die die Flüssigkeit einschliessen, nicht allein aus der Haut und den Hirnhäuten bestehen, und die Kompression scheint mir in diesem Falle keine Vortheile darzubieten. Was die Operation anbetrifft, so wüsste ich nicht, dass man jemals Erfolge davon gesehen hat. Es handelt sich also noch darum, ob das Kind am Leben bleiben wird; ich glaube schwerlich. Mir ist nur ein Fall bekannt, wo ein Individuum mit einer ähnlichen Geschwulst bis zum 30sten Jahre lebte. Vor einiger Zeit habe ich in meiner Abtheilung in der Pitié einen ganz ähnlichen Fall gehabt, den ich nicht operirte; nur nach langem Zaudern entschied ich mich zu einer exploratorischen Punktion, in deren Folge trübes Serum ausfloss. Am folgenden Tage hatte die etwas eingesunkene Geschwulst ihr früheres Volumen wieder erreicht. Das Kind lebt noch; seitdem ist Nichts geschehen.

Velpeau glaubt nicht, dass ein Theil der Gehirnsubstanz ausserhalb des Schädels sich befinde. Die Züge sind nicht verändert genug, um dies anzunehmen, und wenn es auch der Fall wäre, so würde die Operation deshalb nicht kontraindizirt sein.

Blandin ist der Meinung, dass hier keine Operation zulässig sei. Die Operation Dubourg's bei Geschwülsten der Wirbelsäule ist eine ganz rationelle, aber in diesem Falle wäre sie nicht anwendbar.

Velpeau beharrt bei seiner Meinung, indem er erklärt, dass er Dubourg's Namen hierbei nicht in Verruf bringen wolle und die Verantwortlichkeit auf sich allein nehme.

Sitzung vom 19ten Oktober.

Velpeau giebt Rechenschaft über die an dem Kinde vollzogene Operation; er sagt folgendes:

„Das Kind befand sich, als es ins Hospitel aufgenommen wurde, in einem noch elendern Zustande, als an dem Tage, wo es der Akademie vorgestellt wurde. Die Geschwulst war entzündet und drohete an mehreren Stellen aufzubrechen, sie war sehr schmerzhaft bei der Berührung und der geringste Druck erregte ein heftiges Geschrei. Bei ge-

nauerer Untersuchung fand ich, dass die Geschwulst aus einem mit Flüssigkeit angefüllten Sacke und einem festen Stiel, der härter als der übrige Theil war, bestand. Mit einer kleinen troikarartigen Nadel machte ich eine exploratorische Punktion, bei der sich eine grosse Menge Serum entleerte. Ehe ich die Nadel auszog, versicherte ich mich, dass man sie frei nach allen Richtungen bewegen konnte; man befand sich in einer grossen Höhle. Ich dachte einige Zeit über das anzustellende Verfahren nach, und war unentschieden, ob ich operiren sollte und auf welche Weise. Nach einigem Zögern entschied ich mich wegen der drohenden Lebensgefahr, in der sich das Kind befand, sogleich für die Operation. Ich unterband zuerst den Stiel und entfernte die Geschwulst über der Ligatur durch einen rundlichen Schnitt. Das Kind, das im Beginne der Operation heftig schrie, wurde plötzlich im Augenblick, wo der Schnitt vollendet war, ruhig. Einige der Assistenten glaubten, es wäre unter dem Messer gestorben, aber dem war nicht so. Nach einiger Zeit fing es an sich zu bewegen, erholte sich wieder und befand sich viel besser als vor der Operation; diese Besserung währte jedoch nicht lange, am Abend stellten sich Konvulsionen ein und es starb."

Die Theile, welche Velpeau der Akademie vorzeigte, bestehen in einer äusseren Hülle, die eine Art Tasche bildet und ungefähr 500 Grammen Serum enthielt, und in einem festen Stiel, der von einem Theile des kleinen, von der Duramater bedeckten Gehirns gebildet wird. Eine ähnliche, minder beträchtliche Flüssigkeit befand sich in der aus dem Schädel hervorgetretenen Parthie des Cerebellum. Das Gehirn war normal beschaffen, nur der rechte Lappen bedeutend grösser als der linke. Die Oeffnung, durch die das kleine Gehirn hervorgetreten, lag über den Hinterhauptshöckern. Dies Geschwulst bestand mithin fast aus dem ganzen kleinen Gehirn und einer beträchtlichen Menge Wasser. Mit anderen Worten: es war eine *Hernia cerebelli* vorhanden und ein Erguss von Serum zwischen den Gehirnhäuten und der äusseren Haut. Dieser Zustand ist dem analog, den man bisweilen in den Bruchsäkken findet wenn zugleich eine Hydrocele und eine *Hernia inguinalis* besteht. Ich glaube, dass kein diesem vollkommen analoger Fall bekannt gemacht worden. In den anderen, die ihm an die Seite gestellt werden könnten, befand sich der Erguss zwischen den Gehirnlamellen.

Berard: Ich muss zuerst erklären, dass ich einen Theil der Verantwortlichkeit auf mich nehme, obgleich Herr Velpeau derselben

nicht bedarf, da ich die Operation angerathen. Ferner muss ich daran erinnern, dass ich in der vorigen Sitzung zuerst darauf aufmerksam gemacht, die Geschwulst enthalte noch etwas Anderes als Serum; ich fühlte, dass der Hals derselben von einer dickeren und festeren Konsistenz war, als der übrige Theil. Meine Diagnose bestätigt sich also. Herr Velpeau hat das, was ich in der vorigen Sitzung anführte, aufgefunden, nämlich, dass die Flüssigkeit sich in einer vom Gehirn selbst gebildeten Höhle befand; doch habe ich nicht behauptet, dass dieselbe niemals ausserhalb dieser Höhle liege und nicht bisweilen die Gehirnsubstanz die Basis der Geschwulst bilde. Ich habe nur gesagt, in den Fällen, die ich beobachtet, hätten sich die Sachen ebenso verhalten. Es giebt in der That zwei Formen von Hirnbrüchen, die eine verbunden mit Ansammlung von Wasser in den äussern Theilen, die andere mit einem Erguss im Innern. Unser Fall gehört zur ersteren Art. Indessen scheint nach der Beschreibung des Herrn Velpeau hier ein besonderer Zustand stattgefunden zu haben, den ich, ich gestehe es, nicht begreifen kann. Er hat gesagt, die Flüssigkeit befand sich zwischen der Duramater und den äusseren Bedeckungen, dies wäre also nach ihm eine Art Kyste, unabhängig von der Hernie des kleinen Gehirns. Dergleichen ist mir noch nicht vorgekommen, auch kenne ich kein anderes Beispiel. Wenn es sich so verhielte, so würde ich bedauern, dass man sich nicht auf die Punktion beschränkt hat, die bei einer einfachen Kyste zur Heilung hinreicht. Ich bedaure gleichfalls, dass Velpeau eine Ligatur anzulegen für nöthig befunden hat; denn in allen Fällen, wo man auf diese Weise verfahren, unterlagen die Kranken.

Blandin: Ich gehöre zu denen, die die Operation nicht billigten. Ich bin gewissermaassen gezwungen, die Gründe für meine Opposition auseinanderzusetzen. Die Untersuchung des kranken Theils spricht vollkommen zu meinem Gunsten. Was findet man in der Geschwulst? Eine äussere Kyste, einen Theil des kleinen Gehirns, Serum; mit einem Wort, wir haben es mit einer Encephalocele verbunden mit Hydrops der Gehirnhäute, zu thun. Offenbar konnte die Geschwulst nur unter der Bedingung entfernt werden, dass man einen Theil des kleinen Gehirns und seiner Hüllen mit hinwegnehme. Meiner Meinung nach ist eine solche Operation aber nicht zu gestatten. Mir ist kein Beispiel in der Wissenschaft bekannt, wo die Entfernung eines Theils des kleinen oder grossen Gehirns mit Erfolg ausgeführt worden wäre. Was die Operation selbst anbetrifft, so begreife ich nicht, was Herrn

Velpeau bewogen hat, vorher eine Ligatur anzulegen. Dieses Verfahren musste, wie schon Herr Bérard bemerkt, einen unglücklichen Ausgang zur Folge haben.

Eine zweite Frage, die ich zu stellen habe, ist, ob die Flüssigkeit sich wirklich, wie Herr Velpeau angeführt, nicht zwischen den Gehirnhäuten befand; es kostet mir Mühe, daran zu glauben; noch mehr, ich bin der Ansicht, Herr Velpeau konnte es gar nicht mit Bestimmtheit behaupten. Die Analogie spricht gegen seine Annahme, indem die Flüssigkeit sich immer zwischen den Gehirnhäuten ansammelt. Die Ligatur und der über derselben geführte Schnitt liessen eine genaue Untersuchung nicht mehr zu.

Im Allgemeinen hat das Resultat bewiesen, dass ich Recht hatte, die Operation zu verwerfen; zugegeben, eine solche Operation wäre ausführbar gewesen, so schien mir Herrn Velpeau's Verfahren durchaus unpassend zu sein. — —

Moreau meint, die Operation sei vollkommen gerechtfertigt, und es sei kein Grund vorhanden gewesen, in einem Falle, wo der Tod vorauszusehen war, sie nicht zu machen.

Velpeau: Sie waren Alle der Meinung, dass wenig Aussicht auf Rettung vorhanden wäre. Der Tod des Kindes war offenbar unvermeidlich, wenn Nichts geschah. Deshalb sehe ich nicht ein, weshalb man jetzt die Operation tadelt. Wenn man einen Kranken, der an einem eingeklemmten Bruch leidet, operirt, und er stirbt in Folge einer Peritonitis — wird man den Tod der Operation zuschreiben, da man weiss, die Peritonitis tritt eben so oft in Folge der Krankheit selbst, wie der Operation ein? Ist es ferner billig, eine Operation zu verwerfen, weil sie nie geglückt ist? Dann dürfte man niemals zu einer ganz neuen Operation schreiten. Herr Blandin spricht nicht als Chirurg, sondern als Physiolog, wenn er behauptet, man könne das kleine Gehirn nicht entfernen.

Blandin: Ich habe mich nicht so ausgedrückt, sondern gesagt, mir wäre kein Fall bekannt, wo nach Abtragung des eines Theils kleinen Gehirns ein glücklicher Ausgang stattgefunden.

Velpeau: Es giebt Beispiele, wo Menschen ohne das kleine Gehirn gelebt haben. Ich wiederhole, es hier war kein Grund vorhanden, die Operation nicht zu vollführen. In Betreffdes Verfahrens selbst hatte ich die Ligatur nur sehr leise angelegt, um später die Wundränder vereinigen zu können; dies schien mir aber nach Entfernung der Geschwulst unmöglich zu sein.

Die Herren Blandin und Berard glauben nicht, dass die Flüssigkeit sich ausserhalb der Gerhirnhäute befunden habe. Doch bei genaureer Untersuchung des Präparats werden die Herren finden, dass keine Spur der auf Duramater der Geschwulst zu bemerken war. Es ist ein seltener Fall, ich gestehe es, aber nichts destoweniger verhält es sich so.

Blandin: Ich glaube, Herr Velpeau hat sich durch einen Zustand, den ich in andern analogen Fällen zu beobachten Gelegenheit hatte, täuschen lassen. Wahrscheinlich war hier eine Verschiebung der Duramater vorhanden gewesen, in deren Folge vollständige Trennung desjenigen Theils, der die Flüssigkeit einschloss, eintrat.

V. Miszellen und Notizen.

Rhachitis. Die Knochen in der Rhachitis charakterisiren sich durch die geringe Menge der fixen Salze, welche sie enthalten. Davy fand folgendes Verhältniss der erdigen Salze in den rhachitischen Knochen:

im Femur	4,07
in den Dornfortsätzen	3,78
in den Rippen	4,08
in der Tibia	2,60
im Scheitelbeine . . .	2,71.

Lehmann (Physiol. Chem. I. S. 111) fand in der Tibia eines rhachitischen Kindes 33,9 Kalkphosphat. — Marchand (Journal f. prakt. Chem., Okt. 1842) untersuchte mehrere Knochen eines an Rhachitis gestorbenen Kindes; das Resultat dieser Untersuchung war, dass die Spinalwirbel am meisten, das Brustbein am wenigsten an fixen Salzen verloren hatte. Marchand fand den Knorpel der rhachitischen Knochen so ungemein verändert, dass, gekocht, dieser Knorpel weder Gluten noch Chondrin ergab. Bei der Untersuchung dos Urins desjenigen rhachitischen Kindes, dessen Knochen er kurz vor dem Tode, wie oben angegeben, analysirt hatte, fand er 6 — 7mal so viel erdige Phosphate als im normalen Urin.

Berzelius zeigte schon, wie ausserordentlich leicht Kalkphosphat

in Milchsäure aufgelöst wird. Da nun in der Skrophulosis ein Uebermaass dieser Säure in den ersten Wegen erzeugt wird, so ist es nicht unmöglich, dass eine grössere Menge dieser Säure die Zirkulation erreicht und die Auflösung der Knochenerde begünstigt. So lange die alkalischen Salze des Blutes hinreichend sind, das Uebermaass von Säure zu sättigen, so lange erhalten sich die Knochen in ihrer Mischung; wenn aber dieses nicht der Fall ist, so wird die Knochenerde aufgelöst und durch den Urin entfernt. Milch und Milchkost ist daher nicht passend, sondern säuretilgende und die Verdauung stärkende und befördernde Mittel. Wir verweisen übrigens auf S. 467 des 1sten Bandes dieses Journals.

Zur Statistik der ansteckenden epidemischen Kinderkrankheiten. Vergleicht man die Angaben aus verschiedenen Städten, so stellt sich das sonderbare und gewissermaassen doch nicht überraschende Resultat heraus, dass das Verhältniss der Todesfälle der einzelnen ansteckenden epidemischen Krankheiten in allen Städten dem Alter nach ungefähr dasselbe ist, so verschieden diese Städte auch liegen mögen. Oder mit anderen Worten, an Scharlach, Masern, Pocken und Keuchhusten stirbt, wenn diese Krankheiten epidemisch herrschen, eine ziemlich gleiche Anzahl überall, wenn man nur das Alter in Betracht zieht. So finden wir von A. Watt (Bericht an die philosophische Gesellschaft zu Glasgow, Jan. 1844) in Bezug auf die letzten 30 Jahre über Glasgow, Edinburg, Neu-York und Philadelphia Folgendes angegeben.

Es starben an Masern:

	in Glasgow	Edinburg	Neu-York	Philadelphia
unter 2 Jahre alt	52,76	60,25	47,48	45,46
von 2—5 J. alt	88,08	92,30	90,09	89,83
von 5—20 J. alt	99,35	99,67	98,27	99,43
über 20 J. alt	0,64	0,32	1,72	0,56

Es starben an Scharlach:

	in Glasgow	Neu-York	Philadelphia
unter 2 Jahre alt	35,40	30,12	30,69
von 2—5 J. alt	70,15	76,75	75,49
von 5—20 J. alt	97,95	97,39	97,77
über 20 J. alt	2,04	2,60	2,22

Es starben an Pocken:

	in Glasgow	Edinburg	Neu-York	Philadelphia
unter 2 Jahre alt	57,76	53,24	34,11	34,39
von 2—5 J. alt	85,72	82,68	58,66	57,14
von 5—20 J. alt	95,12	95,23	72,74	77,24
über 20 J. alt	4,87	4,76	27,25	22,75

Es starben endlich an Keuchhusten:

	in Glasgow	Edinburg	Neu-York	Philadelphia
unter 2 Jahre alt	66,37	66,38	67,52	77,48
von 2—5 J. alt	91,52	92,87	93,51	95,03
von 5—20 J. alt	99,77	100,00	99,78	100,00
über 20 J. alt	0,22	0,00	0,21	0,00

Es ist hier natürlich das Verhältniss zu den übrigen Sterbefällen gemeint. Die durch Pocken herbeigeführte Sterblichkeit zeigt in Bezug auf Lokalität die grösste Verschiedenheit, aber dieses erkärt sich leicht durch den grossen Einfluss der mehr oder minder regelmässig und durchgreifend geübten Vakzination. — Höchst merkwürdig dagegen ist die Uebereinstimmung des Verhältnisses der Sterbefälle beim Keuchhusten, und in der That beweisen diese Zahlen mehr als irgend etwas Anderes die spezifische und unabhängige Natur des Kontagiums, mag es in einem morbifischen Virus oder in einem eigenthümlichen Ferment oder in belebten Organismen bestehen. —

Ueber die vegetabilische Parasytennatur des Soors stellt Eisenman in Henle's und Pfeufer's Zeitschrift für rationelle Medizin, Bd. III, Heft 1, in einem von ihm mitgetheilten Falle mit der ihm eigenen Genialität eine neue Theorie auf. Auf Grund der Erfahrung Liebig's, dass das Albumin aus dem natürlichen Blutserum unter Zusatz einer hinlänglichen Menge Wassers in Form von Kügelchen niedergeschlagen werde, haben bekanntlich Andral und Gavarret eine Reihe von Versuchen und mikroskopischen Nachforschungen angestellt, welche ergaben, dass, wenn man zu frischem, reinem Blutserum das Doppelte destillirten Wassers giesst, und dazu vorsichtig nur so viel Schwefelsäure setzt, dass die Flüssigkeit schwach sauer reagirt, sich sofort ein trübgrauer Niederschlag in einem durchsichtigen Fluidum bildet, in welchem letzteren unter Einwirkung der atmosphärischen Luft mikroskopisch wahrnehmbare Kügelchen, Bläschen und Zylinderchen sich entwickeln. Andral und Gavarret erklärten diese Gebilde für ein mikroskopisches Vegetabil und fanden ganz dasselbe im Serum der Hydrocele, der Spanischfliegenblase, des Peritonäalergusses bei Leberskirrhose, wenn sie die Flüssigkeiten ebenso behandelten. „Man darf also annehmen, schliesst Eisenman, dass im Eiweissstoffe, wenn derselbe hinlänglich verdünnt ist, unter Einfluss einer Säure und unter Entwickelung der atmosphärischen Luft mikroskopische Pflanzen der niedersten Stufen entstehen." — „Der

Soor" meint Eisenman weiter, „besteht bekanntlich ebenfalls aus solchen Pflanzen, und es fragt sich nun, ob derselbe nicht auch unter den gleichen Bedingungen entstehe." In dem von ihm erzählten Falle von Soor, der dieser Theorie als Folie dient, der aber ein ganz gewöhnlicher Fall gewesen ist, scheinen ihm nun alle dazu nöthigen Bedingungen vorhanden gewesen zu sein, nämlich Säure durch schlechte Verdauung und übersauren Chymus gebildet; Uebergang eines Theils dieser Säure mit dem Chylus ins Blut; wegen der schlechten Ernährung wasserreiches, das heisst, an Fibrin, Albumin und Blutkügelchen armes Blut; es wirkt also Säure auf verdünntes Blut und die nun noch zur Entstehung der Mikrophyten nöthige atmosphärische Luft wird durch die Athmung hereingeführt. Wie kommen aber nun bei diesen Bedingungen diese Mikrophyten grade auf die Mundschleimhaut, um den Soor zu bilden? Eisenman hilft sich hier bald aus der Verlegenheit. „Es können", sagt er, „zweierlei Vorgänge (unter den gegebenen Bedingungen) stattfinden: 1) Die Pilze entstehen nicht im zirkulirenden Blute, sondern das durch die beigemischte Säure abnorm gewordene Blut wirkt auf die perzeptorischen (soll wohl heissen: exzitorischen) oder zentripetalen Gefässnerven und veranlasst so durch Reflex eine Reizung oder Ueberreizung der motorischen oder zentrifugalen Gefässnerven, und in Folge dessen in der Kapillarität der prädisponirten Nahrungsschleimhaut, namentlich der Mundschleimhaut, Kontraktion mit darauf folgender Expansion, Stase; es kommt zum Exsudat und in diesem Exsudate entwickeln sich sofort unter dem Einflusse der atmosphärischen Luft die bekannten Pilze. 2) In dem durch schlechte Ernährung und durch die aufgenommene Säure abnorm gewordenen Blute, resp. in dessen Eiweissstoff, bilden sich unter Mitwirkung des respirirten Sauerstoffs die Keime der bekannten Pilze; dieses so beschaffene und Pilzkeime enthaltende Blut verursacht auf die schon angegebene Weise eine Stase auf der Nahrungsschleimhaut; diese liefert ein Exsudat, und in dem Exsudate entfalten sich schnell die bereits vorhandenen Keime zu vollständigen Pilzen."

Wir Deutsche sind immer sehr reich an Theorieen und Hypothesen gewesen, und beim gebildeten Auslande, namentlich bei den praktischen Engländern gelten wir noch immer als halb in der Luft schwebend. Besonders phantasievoll und hypothesensüchtig waren in der neuesten Zeit die Süddeutschen, und wir würden sicherlich in der Medizin noch viel tiefer darin stecken, wenn nicht die eiskalte Hand der nüchternen norddeutschen Kritik diese Hypothesen und Phantasiegebilde

betastete und befühlte. Hochgeschätzt ist Eisenman bei uns, geistreich sind seine Darstellungen, genial ist auch diese; er hat Alles dazu herbeigeholt, was jetzt im Schwange ist, die *Pathologia animata*, die pathologische Chemie und die Neuropathologie, und es würde Nichts auszusetzen sein, wenn sie nur — wahr wäre. ***Si non vero, è ben trovato!*** Zuvörderst ist noch keine einzige der Prämissen erwiesen. Erzeugen sich die Mikrophyten und Mikrozoen, sofern sie Parasyten sind, neu oder entwickeln sie sich nur auf einem ihnen günstigen Boden unter günstigen Verhältnissen aus schon vorbefindlichen Keimen? Eisenman scheint mit Liebig und den Chemikern überhaupt für die *Generatio equivoca* eingenommen zu sein, obwohl das „*Omne vivum ex ovo*" das Meiste für sich gewonnen hat. Wenn nun, was übrigens bei den vielen Täuschungen, denen die Mikroskopie unterworfen ist, trotz Gruby, Mandl, Klencke u. A. noch ganz und gar nicht ausgemacht ist, die Tineaschorfe und der Aphthenbelag wirklich Konferven oder Pilze und nicht etwa dafür gehaltene organische Trümmer gewahren lassen, so ist damit doch noch nicht dargethan, dass diese dort aus dem Blute heraus neu geschaffen worden sind und dass sich nicht auf dem günstigen Boden, den die eiternden oder mit organischer Materie belegten, der äussern Luft ausgesetzten Stellen darbieten, aus von Aussen her abgelagerten Keimen die Konferven und Pilze entwickelt haben? Dann aber gehören die Mikrophyten nicht zum Wesen der Krankheiten; sie bilden eine eben so zufällige Nebensache, wie das Vorhandensein von Fliegenlarven in alten vernachlässigten eiternden Wunden. — Die andere Prämisse, dass Das, was Andral und Gavarret im verdünnten, mit Schwefelsäure angesäuerten Blutserum in ihren Näpfen, Gläsern und Töpfen beobachtet haben, sich grade so herausstellt, wenn zufällig in den Adern des lebenden thierischen Körpers eine ähnliche Kombination sich ereignet, wird eben so vieles Bedenken erregen, als die dritte Prämisse, worauf Eisenman seine Hypothese stützt, nämlich dass bei Säureerzeugung im Magen Säure ins Blut gerathet und dass die dadurch erzeugten Pilze oder Pilzkeime durch exzito-motorische Thätigkeit, welche durch eine Stasis in den Kapillargefässen und durch Ausschwitzung aus diesen Gefässen sich äussert, abgelagert werde, keinen einzigen Beweis zu ihrer Stütze hat.

Register zu Band III.

(Die Ziffer bezeichnet die Seite.)

Berlin, Druck von A. W. Hayn.



